

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1934

PRESIDENTE
GABINO DA FONSECA
Cirurgião dos Hospitais

VICE-PRESIDENTE
PLINIO GAMA
Ex-Prof. de Cl. Prop. Médica

SECRETARIO GERAL
D. MARTINS COSTA
Docente Livre de Cl. Ped. Médica

1.º SECRETARIO
HELMUTH WEINMANN
Assist. de Anas. Patológica

2.º SECRETARIO
CARLOS BENTO
Chefe de Cl. Prop. Médica

TESOUREIRO
SAVERIO TRUDA
Da Santa Casa de Misericordia

BIBLIOTECARIO
OTHON FREITAS
Assist. da Maternidade

R. di PRIMIO
Docente e chefe de Lab. de
Parasitologia

DIREÇÃO CIENTIFICA
F. IGARTUA
Doc. e chefe de Cl. Ped. Médica

MARIO BERND
Docente e assist. de Química
Fisiologia

SECRETARIO DA REDAÇÃO:
L. ROTHFUCHS
Do Lab. Geyer

REDATORES
ANNES DIAS MARTIM GOMES
PEREIRA FILHO GUERRA BLESSMANN
P. MACIEL D. SOARES DE SOUZA
H. WALLAU WALDEMAR CASTRO
NOGUEIRA FLORES RAUL MOREIRA
E. J. KANAN WALDEMAR JOB
TOMAZ MARIANTE JACI MONTEIRO

Assinaturas:

Ano: 25\$000 — 6 meses: 15\$000 — Estrangeiro: 30\$000

Séde da Redação:

Rua dos Andradas n. 1493 — 1.º andar

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo à Redação

Assuntos comerciais com o gerente Almanzor Alves, na sede da Redação

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

R. di PRIMIO — Influencia dos fenomenos meteorologicos e das condicões geograficas sobre os parasitos animais e as parasitoses....	Pg. 199
SAINT PASTOUS — Contribuição ao diagnóstico da Síndrome de Meige	" 219
JUVENAL SANTOS — Ligeiras considerações em torno do diagnóstico precoces da lepra.....	" 227
HUGO RIBEIRO — Ulcera tuberculosa do véu do paladar.....	" 238

Discursos e conferencias

ORLANDO S. LOBO —	" 238
-------------------------	-------

Assuntos de atualidade

CARLOS GEYER — Impressões de uma viagem a Buenos Aires.....	" 241
FLORENCIO YGARTUA — Pediatria.....	" 250

Sociedade de Medicina

Atas	" 254
------------	-------

Análises de revistas

HOPKINS — Preparação de glutatíon.....	" 258
--	-------

Biblioteca da Sociedade

Biblioteca da Sociedade de Medicina.....	" 261
--	-------

SATIVAN

ABORTIVO E CURATIVO DA GRIPPE
Dose: allium sativum; caixas de 8 amp.
INSTITUTO THERAPEUTICO
ORLANDO RANGEL



Trabalhos originais

Influencia dos fenomenos meteorologicos e das condições geograficas sobre os parasitos animais e as parasitoses.*

R. di Primio

Docente e chefe de Laboratorio de Parasitologia

Coube a Annes Dias a iniciativa, entre nós, do estudo da meteorologia clinica, de cujos dados, com base científica segura, mais um capítulo se formou, a incorporar-se á patologia humana.

Mais um campo de investigações abriu, assim, o ilustre professor á nossa ciencia medica, oferecendo-lhe ao estudo as relações entre a natureza e o organismo, como, ainda ha bem poueo, o fez, ao realizar, no Curso de Férias da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a sua conferencia sob o titulo: — Rítmos da natureza e ritmos do organismo.

Com a mesma orientação, Odone Marsiaj, em tese de livre docencia — "A meteorologia no dominio da Obstetricia" — aponta e destaca aspectos e momentos interessantes da ação dos fatores meteorologicos, no dominio daquela especialidade.

Identicos intutos presidem á obra de Araujo Lima — "A Amazonia — A Terra e o Homem".

Com a mesma inspiração assinalarei e descreverei, ainda que brevemente, a ação dos agentes externos sobre os parasitos animais e os consequentes reflexos dessa ação sobre os males humanos, de que são aqueles os transmissores ou causadores.

E' certamente bem conhecido o fato da desigual distribuição dos animais na superficie da terra, — distribuição essa que, determinada por condições mesológicas, mas até certo ponto independente das condições climáticas, conduz á seguinte classificação das regiões zoológicas:

- 1.^o — Região holoartica, sub-dividida em paleartica e neartica.
- 2.^o — Região etiopica.
- 3.^o — Região oriental.
- 4.^o — Região australiana.
- 5.^o — Região néo-zelandica.
- 6.^o — Região polinesica.
- 7.^o — Região neo-tropica.

* Trabalho lido na Sociedade de Medicina, na sessão de 29 de Junho de 1934.

Interessa-nos, sobremodo, esta ultima, porque comprehende a America Meridional e America Central ao sul do Mexico.

Os animais que vivem nos grandes areiais do Sahara ou no Senegal, onde o termometro atinge a 50°C. ou mais, evidentemente diferem, sob todos os pontos de vista, dos que habitam as regiões articas ou antarticas nas quais a temperatura pôde alcançar 50°C. ou mais, abaixo de zero, com oscilações variaveis nos dois periodos ou de seis meses de noite e de seis mezes de dia.

No deserto africano, o excesso de calor, a cõr das areias, a parca alimentação, a escassez da agua imprimem ao meio um aspecto de todo exceccional que repercute na vida dos poucos animais que vivem nessas paragens.

O *Scincus officinalis* é um exemplo de adaptação á vida nas moveleiras areias dos desertos, onde se desloca com facilidade, menos com o auxilio das suas extremidades curtas, do que pelas ondulações do seu corpo fusiforme, cujo tegumento é protegido por escamas rígidas, lizas e brilhantes que impedem tanto quanto possível a dessecção.

Acusa o "Scincus officinalis" aliada a esta particularidade biologica, outra que lhe é sinergica: elimina fezes secas para evitar perda d'agua. (Luis L. Rey).

Nas regiões polares os animais sujeitos ás migrações periodicas ou anormais, são protegidos por espessas camadas de gordura, pêlos bastos, ou grande plumagem, que lhes servem de proteção ao frio intenso.

Da dura luta pela existencia, não faltam entre os animais os mais variados aspectos: encontram-se espécies comensais; depredadores; mutualistas, com as tres formas de colonias, sociedade, simbiose e as chamadas associações desharmonicas, das quais são exemplos o inquilinismo e o parasitismo.

Sobresai, tambem, como um dos aspectos interessantes da vida animal, o mimetismo policromico, de tão variadas modalidades, este, como os mais aspectos, dependente da luta, da concorrencia vital e das multiphas influencias cosmicas.

Este rapido escorço, pelo qual se pôde aquilatar do que ocorre com os diversos animais sob a ação dos fatores mesologicos, deixa clara a importancia desse estudo sob o ponto de vista da Parasitologia, e, consequentemente, da patologia humana.

Si a vida de todos os animais, desde o rudimentar protozoario até o *Homo sapiens* L., resulta de um constante e complexo equilibrio com o meio externo, torna-se dificil isolar a ação de qualquer um desses fatores.

Sem embargo cabe aqui assignalar as particularidades mais interessantes das influencias meteorologicas e das condições geograficas nos diferentes estadios evolutivos e vida dos parasitos e nas principais doenças por eles produzidas.

TEMPERATURA

De todos os fenomenos meteorologicos, é, sem duvida, a temperatuta um dos mais importantes, dentre os que intervêm na vida dos seres organizados, directa ou indirectamente, relacionada como está, com ou-

tras circunstancias: altitude, latitude, regimen dos ventos, estado higrometrico, natureza do solo, vegetação, etc.

A' ação favoravel da temperatura ou termotropismo positivo, corresponde o fenomeno antagonico ou termotropismo negativo.

Em torno do grau mais favoravel ou ótimo, ocorrem oscilações que repercutem diferentemente, segundo as especies, estadios evolutivos dos parasitos, dos organismos parasitados, dos reservatorios de germens e dos casos de hiper-parasitismo.

Calor

De um modo geral, si o calor exerce ação favoravel na evolução e vida dos parasitos e, em certas circunstancias, nas parasitoses, o frio age em sentido contrario.

Surge, entretanto, aqui, uma exceção para o *Pediculus corporis* que exigindo 30°C. como temperatura mais favoravel para o seu desenvolvimento, determina, como transmissor que é, difusão maior do tifo exantematico nas épocas mais frias do ano.

Os carapatos infestados por espiroquetas das febres recurrentes, conservados a uma temperatura inferior a 20°C. tomam a forma não patogenica tornando-se virulentos quando expostos os *Argas* a 30°C. durante alguns dias.

E' ainda sob a influencia termica que os *Treponema recurrentis* e *T. duttoni* alteram-se e desaparecem em 24 horas para no 6.^o dia e a 28°C. surgirem, numerosos, na cavidade geral dos transmissores.

Fato identico se passa com os espiroquetas no organismo dos *Ornitodorus*.

Para citar outro protozoario, basta recordar que, segundo Weichbrodt e Johnel, pôde-se ter a cura do cancro sifilítico no coelho, quando neste é provocada uma temperatura de 42°C. (Brumpt).

Nelson Davis, estudando o efeito de varias temperaturas na modificação do periodo de incubação extrinseca do virus da febre amarela no "Aedes aegypti" chegou às seguintes conclusões:

- 1 — O periodo de incubação extrinseca do virus da febre amarela no *Aedes aegypti* foi encurtado por altas temperaturas e prolongado por baixas.
 - 2 — O poder infetante foi adquirido depois de 4 dias a 37°C.; depois de 5 dias a 36°C.; e depois de 6 a 31°C.
 - 3 — Quando conservado á temperatura media da sala de 21,1°C., os mosquitos "stegomyia" se tornaram infetantes no fim de 8 dias; quando a temperatura media da sala foi de 23,4°C., eles se tornaram infetantes quando picaram no fim de 11 dias, mas não no fim de 9 dias.
 - 4 — A infetividade apareceu depois de 18 dias a 18°C.
 - 5 — Os mosquitos não se tornaram infetantes depois de 30 dias a 18°C. Os mesmos insetos depois de permanecerem mais de 6 dias á temperatura da sala, se tornaram infetantes.
- Isso indica que houve algum desenvolvimento do virus, ou progressão para infetividade, mesmo á temperatura mais baixa.

6 — Não houve atenuação de vírus nos mosquitos a baixas temperaturas. Mesmo depois de conservados por 4 semanas a 8°C. os mosquitos se tornaram altamente infectantes quando expostos a 36°C. por 6 dias.

7 — Certos experimentos sugerem que o vírus pode ter sido atenuado em mosquitos após exposição a temperatura relativamente altas (vinte dias a 39°C.; sete horas a 40°C.).

A prova neste ponto é algo antagonica."

No intestino medio e anterior das glossinas os tripanosomas que determinam a doença do sono ou tripanosomíase africana, se multiplicam sob uma forma não infeciosa. Em um lapso de tempo de 11 a 34 dias e sob uma temperatura de 24 a 29°C., segundo Brumpt, aparecem as formas metacielicas infeciosas.

Uma rápida análise entre os artropodes evidencia factos interessantes condicionados aos fenômenos térmicos.

Iniciando com o *Aedes egypti* — o transmissor da parasitose cuja profilaxia glorificou Oswaldo Cruz — verifica-se que é um mosquito termófilo, que, segundo Peryassú, tem para a sua atividade a temperatura ótima de 28°C., morre além de 40°C., torna-se indolente entre 15° a 16° e fica entorpecido entre 12° a 14°.

Não obstante isso, têm surgido epidemias de febre amarela em países frios, graças ao desenvolvimento ou permanência de *Stegomyias* que no interior de casas aquecidas escapam aos rigores do inverno.

Hecht com o emprego de dispositivos especiais, demonstrou a variável preferência das fêmeas de certos mosquitos para a temperatura das águas por ocasião das posturas.

Assim o "*Anopheles maculipennis*" prefere temperatura de 22° a 29°, com limites entre 32° a 20° ou excepcionalmente a 15°; o "*A. bifurcatus*" entre 12° a 20° e o "*Aedes aegypti*" entre 20° a 30°.

Em 1909, Neiva fez no Xerém interessantes observações sobre as anofelinas em face dos fenômenos meteorológicos, dentre os quais predomina o da temperatura, que a 19°C. não exerce nenhuma influência quanto ao aparecimento das espécies "*A. argyritarsis*", "*maculipes*", "*intermedius*" e "*mediopunctatus*", continuando a aparecer e sugando a 17°C.

Com referência ao impaludismo — que para nós riograndenses já constitui um dos graves problemas de saneamento rural — a temperatura faz parte indispensável da equação: homem hidro + gametoforo + anofelina transmissora + temperatura superior a 16°C.

Já assinalei o aspeto epidemiológico que o impaludismo no nosso Estado apresenta, principalmente o interregno epidêmico que resulta da baixa temperatura, no lapso de tempo compreendido de Maio a Outubro e que nos últimos anos tem se mostrado mais restrito.

Na determinação das espécies transmissoras, intervêm de modo imprescindível o fator térmico, sem o que falsos seriam os resultados.

O limite de temperatura também é observado no *Stegomyia aegypti*, cujo poder de transmissão para o vírus do dengue se conserva acima de 18°C. — desaparece abaixo desse grau e retoma o poder infectante ao atingir a primitiva temperatura.

Interessante é assinalar a influência da temperatura sobre um mi-

crohimenoptero descoberto por Costa Lima — *Telenomus fariae* C. Lima 1927 — citado por Cesar Pinto, — que ataca os ovos dos *Triatomideos* e cujo desenvolvimento se fazendo entre 19 a 21°, tem retardada ou inhibida a sua evolução nos ovos dos barbeiros quando o ótimo térmico é desviado.

E' manifesta a influencia térmica no ciclo evolutivo do *Ancilostoma*, cujos limites vão de 14° a 37°.

A associação do ótimo de temperatura que oscila entre 25° a 30° com outros fatores: oxigênio, certa obscuridade, umidade, etc. favorecem o desenvolvimento desta verminose tão disseminada nos climas quentes e nas regiões temperadas.

Outras verminoses estão sujeitas às mesmas influências.

Frio

Entre nós, em maior ou menor grau, conforme as regiões e as espécies de animais, constata-se o fenômeno da hibernação de importância maior no que se refere aos artrópodes.

Pretendem alguns autores que a essa particularidade biológica se contrapõe outra: o da estivação.

No Ceará, segundo Gavião Gonzaga, citado por Cesar Pinto, por ocasião das grandes secas, nas regiões onde são encontrados os *Triatoma brasiliensis* e *R. prolixus* na impossibilidade de exercerem o hematofagismo, permanecem em estado latente, imóveis e secos.

Muitos parasitos resistem ao frio, como as metacercarias do "Closidochis sinensis", Cobbold 1872, nas carnes conservadas em frigorífico; as triquinas, etc.

Nos países frios, a promiscuidade com os animais no interior das habitações, constitui um meio favorável às infestações.

INFLUENCIA DA LUZ

A influência favorável da luz ou o fototropismo positivo, opõe-se o fototropismo negativo.

A luz intervém poderosamente na vida dos parasitos e em suas diferentes fases evolutivas.

Para ressaltar a importância deste agente, basta lembrar que diversas doenças só se contraem de dia ou de noite, estando incluídos nessa interessante particularidade biológica, para só citar as mais importantes, as grandes endemias: o impaludismo, o tifo icteroide e a filariose.

Isto depende dos hábitos particulares dos respectivos transmissores que com referência aos mosquitos são divididos em espécies diurnas, crepusculares e noturnas, hábitos esses que se modificam de acordo com as diferentes adaptações que conduzem as mais das vezes à domesticidade.

Peryassú (1922), salienta a importância da luz conjugada à temperatura, quando diz: "Aparentemente, a atividade de cada espécie de mosquito é governada pela temperatura e pela quantidade de luz, razão

porque o tempo de aparecimento e desaparecimento d'uma especie, varia com a estação e as condições climatericas." (A. Peryassú — Os anophelineos do Brasil — pag. 94).

Influencia do dia

Para muitas especies de mosquitos de habitos noturnos, a primeira refeição pôde-se fazer a qualquer hora do dia, depois do que se normaliza irremissivelmente o hematofagismo.

Ha especies que picam a qualquer hora do dia ou da noite.

Outras, como as: *Mansonia titilans*, *M. pseudo-titilans*, *M. amazonensis*, segundo Costa Lima, picam a qualquer hora em torno dos seus fócos de origem.

A *Janthinosoma lutzi* é diurna e ataca ás 13 horas.

O *Anopheles albitalis* pôde sugar o homem, segundo Chagas, Neiva e Cesar Pinto, em pleno sol, de preferencia nas horas mais quentes.

Torna-se evidente o grande valor higienico ou epidemiologico desta citação, quando se sabe que esta especie é temivel transmissora da malaria.

Ainda mais, a preferencia que ela dá ao sangue humano, encontra base na observação de Genserico de Souza Pinto que no Norte Mineiro, verificou em pleno dia, em campo desabrigado, "atacar fortemente os homens, com desprezo do animal em que estão montados."

Sobre este habito diurno, fizeram observações, Le Prince e Orenstein, Cesar Pinto e outros.

Existe controversia quanto ás horas dos estegomiias picarem; para Marchoux e Simond, seriam noturnos e o contrario para S. O. Howard, Dyar e Knab.

Recorrendo ás opiniões dos cientistas brasileiros, que sobre o assunto se pronunciaram, devo citar Goeldi que declara ser um mosquito diurno, de atividade mais acentuada, das 12 ás 16 horas.

Diz mais este autor que constitue excepção a picada da Temea do estegomilia á noite, para o que contribue qualquer luz fraca, iludindo-se o mosquito como se fosse outra fase do dia.

Para Peryassú, o estegomilia que pica de dia é o inséto femea, joven de 8 dias, no maximo e que ainda não fez a primeira postura; depois de fazel-a, torna-se noturna.

Em Janeiro de 1930, Cesar Pinto, na Capital Federal, baseado em auto-observação, declara que o *Stegomyia aegypti* suga á noite no escuro, o que está em desacordo com as já citadas observações de Goeldi.

Especies crepusculares

E' durante o crepusculo — matutino ou vespertino — que as anofelinas atacam o homem e outros animais, o que levou Carlos Chagas a denominar este fato biológico de — crepusculo culidiano — que, segundo o mesmo autor e Peryassú, varia com as especies de culicídeos e as regiões.

Esta constatação é tão importante que Chagas e Neiva procuraram estabelecer um relativo determinismo entre o aparecimento das anofeli-

nas e a hora crepuscular, o que foi novamente estudado em 1922 por Godoy e Pinto, em outras regiões.

A penetração das anofelinas nos domicílios é mais pronunciada ao caír da noite do que no dilúculo.

Neiva observou verdadeiras peregrinações das anofelinas, que depois de sugarem, retiram-se para as matas, para voltarem novamente à tarde.

Da correlação horária e de grande interesse, cito a *Loa loa*, de que nas condições hagituais dos indivíduos, são encontrados os embriões no sangue periférico, das 9 às 22 horas, depois do que desaparecem, notando-se o maior número de exemplares às 14 horas.

Observa-se uma interdependência dos transmissores e os organismos parasitados.

Nas regiões onde são encontradas as variedades diurnas, a espécie dominante é o *Stegomyia pseudo-scutellaris* de hábitos diurnos; nas regiões infestadas pelo *Culex quinquefasciatus*, é a *Wuchereria bancrofti* a responsável pela filariose; e, nas zonas dominadas pelas duas espécies transmissoras, ambas modalidades clínicas podem se encontrar.

Exemplo de fototropismo e termotropismo positivos, apresentam os embriões que, em uma temperatura de 30°C. saem dos ovos do *Schistosoma mansoni* eliminados pelas matérias fecais e que, segundo Brumpt, se dirigem em massa para a luz, podendo-se aproveitar deste tactismo para os colher.

Para esta mesma espécie, Lutz efetuou diversas experiências que provam a ação favorável da luz na ecdisse.

Baseado no fototropismo positivo, Gourdin, em 1931, inventou um aparelho, que por intermédio dos raios ultra-violetas captura e destrói os insetos noturnos.

Influencia da noite

As considerações anteriores, referentes às anofelinas, estegomíias, culex e outros parasitos já citados, implicitamente e por antagonismo, evidenciam o valor da obscuridade na transmissão às principais parasitoses.

A' noite, em presença da luz, as anofelinas, segundo as observações de Neiva, podem picar a qualquer hora. Peryassú teve oportunidade de capturar em pleno ato de sucção muitos exemplares de "*Cellia argyrtarsis*" no Cinema Olimpia de Belém do Pará, fortemente iluminado, às 21 horas.

A' obscuridade associa-se o estado higrôntrico, relativamente mais alto à noite. Apresentam hábitos noturnos: os flebotomos, cimicídeos, pediculídeos, argasíneos, triatomídeos, etc.

As fêmeas do *Sarcoptes scabiei* são notivagas, motivo pelo qual se explica o contagio noturno da sarna.

Segundo Barton, a "Febre de Oroia", se transmitiria durante a noite.

INFLUENCIA DOS VENTOS

A' influencia do vento, favorável ou não à vida dos parasitos, corresponde um anemotropismo positivo ou negativo.

Esses tropismos despertam atualmente grande importancia, pelo fato hoje bem demonstrado de muitas especies de mosquitos lograrem, pelo vôo, atingir grandes distancias, assinalando-se para muitos deles, até 25 quilometros.

De um modo geral, os mosquitos se abstêm do vôo, quando vento. Este fato foi por mim constatado não só com referencia aos culicideos, como tambem para com os flebotomos em Conceição do Arroio.

Os ventos dominantes exercem influencia sobre as migrações periodicas e vida dos mosquitos, assim como outras particularidades, velocidade, ventos que procedem de regiões quentes ou frias, secos ou humidos, etc.

No interior das matas, onde ha certa obscuridade e grau higrometrico, relativamente mais elevado, os ventos influem na vida de muitos artropodes menos do que nas regiões descampadas.

De acordo com as experiencias feitas por Le Prince e Orenstein, no Canal do Panamá, citadas por Cesar Pinto, o *Anopheles albimanus* pôde voar contra o vento fraco.

Quanto á ação dos ventos no organismo humano, Brumpt refere-se que a exposição aos ventos quentes de certos países ao lado de outros fatores, actua como causa enfraquecedora das defezas dos organismos, predispondo-os ás recaídas do impaludismo.

ALTITUDE

O numero de parasitos decrece proporcionalmente ás altitudes, como consequencia provavel de outros fatores correlativos: temperatura baixa — um grau a menos cada 180 metros — maior exposição aos ventos; grau higrometrico baixo do que, de modo direto, da altitude mesma.

Assim, mais pelo conjunto desses fatores do que pela predominância de um isoladamente, mesmo cercadas de zonas de classica endemidade palustre, certas regiões montanhosas, onde a vida das anofelinas é impossivel, não acusam a infecção palustre.

A "febre de Oroia" tambem encontrada nas regiões onde é assinalada a verruga do Perú, limitada entre 9° e 16° de latitude sul, é observada a 1000 e 3000 metros de altitude.

Esta particularidade invoca outro fato de grande interesse parasitologico: habitat dos respetivos transmissores nessas excepcionais alturas.

Particularmente, no mesmo país, em altitudes variando entre 1000 a 2500 metros, é encontrado o *Phlebotomus verrucarum* Townsend, 1914.

Ainda no continente sul-americano em regiões montanhosas e em altitudes de 1000 a 1500 metros, segundo Carlos y Bello, Suero e E. Tejera, foram encontrados exemplares de *Ornithodoros venezuelensis* — Brumpt, 1921, parecendo ái se adaptarem melhor do que nas regiões quentes do litoral.

Na Venezuela, o *Rhodnius prolixus* (Stål, 1859), que não resiste ás baixas temperaturas, é assinalado desde o nível do mar até uma altitude de 1500 metros.

Segundo as observações de Neiva, na Argentina, as altitudes de 3000 metros são compatíveis com a vida do *Triatoma infestans*, fato tambem constatado por Cesar Pinto em exemplares procedentes da Bolivia.

As glossinas, transmissoras da letargia dos pretos, não deixam de apresentar particularidade surpreendente, por isso que, preferindo os cursos d'água e exigindo um grau higrométrico elevado, podem viver, como foi observado para as *Glossinas palpalis*, a 1200 metros de altitude no lago Vitoria.

Ainda, segundo Brumpt, na Rhodesia do Norte, a *G. morsitans* é encontrada a 1500 metros, o que prova a facilidade que elas têm de suportar as oscilações de temperatura.

Na literatura parasitológica, outros exemplos de atropodes são assinalados, vivendo em regiões de altitudes variáveis: *Simulium pertinax*, entre 700 a 1500 metros; o *Anopheles pseudo-punctipennis* a 1350 metros no norte da Argentina, segundo Paterson; o *Stegomyia aegypti* no Chile, a 1200 metros, de acordo com a observação de Carlos Porter e como observou Cesar Pinto o *Anopheles albitalis* a 400 metros de altitude, em lugares desampados das regiões montanhosas, sugando o homem ás 11 horas da manhan.

Parece que a constatação biológica acima assinalada, está em paralelismo com a nossa espécie, o *Ornithodoros brasiliensis*, Aragão, encontrada em S. Francisco de Paula em uma altitude de cerca de 922 metros, oferecendo grande resistência ao frio que, no inverno pode atingir alguns graus abaixo de zero.

Em Conceição do Arroio (Rio Grande do Sul) capturei diversos exemplares de *Phlebotomus fischeri* Pinto, 1926 em dois focos diferentes: o primeiro em zona baixa, em plena mata, relativamente abrigada dos ventos; e, o segundo, na Serra do Mar, em uma altitude por mim determinada pelo barômetro-aneroide, de 117 metros acima do nível do mar.

LATITUDE

Muitos parasitos apresentam uma distribuição geográfica mais ou menos delimitada.

Assim o *Aedes aegypti* é assinalado entre 42° de latitude norte e 40° de latitude sul.

Com uma distribuição semelhante, isto é, entre 41° de latitude norte e 41° de latitude sul, são encontrados os redivídeos hematofágos.

Até 40° de latitude norte, foi encontrada a filariose, o que tacitamente demonstra a existência do respetivo transmissor.

PRESSÃO BAROMETRICA

Parodiando Marié — Davy, citado por Francisco Ribeiro Nobre (Tratado de Física Elementar) que, para demonstrar a grande utilidade das indicações barométricas, há muitos anos salientava "eada aldeia devia ter o seu barômetro, como tem o seu relógio, para os cultivadores o consultarem todos os dias antes de encetarem os trabalhos de campo", direi também que para a observação e elucidação dos múltiplos e complexos fenômenos parasitológicos, torna-se imprescindível ao parasitólogo o uso do barômetro.

Leo Appel, chama a atenção para a grande importância que certos autores emprestam às quedas bruscas da pressão barométrica no aparecimento das recaídas nos convalescentes.

Heraldo Maciel, estudando a "Influencia das forças cosmicas sobre a postura do *Schistosoma mansoni* em trabalho apresentado ao 3.^a Congresso Brasileiro de Higiene, verificou que, além da manifesta influencia "que as quedas subitas da temperatura ambiente tinham sobre as posturas dos parasitos", a pressão barometrica agia como fator preponderante quanto á presença dos ovos nas fezes.

As suas conclusões visam, pois, demonstrar além da regularidade com que são eliminados os ovos do *Schistosoma mansoni* dentro das 24 horas após a postura, as oscilações na eliminação desses elementos evolutivos, para mais, quando se verifica acentuada queda da pressão barometrica, diminuição ou mesmo negatividade dos exames quando a mesma pressão sóbe.

Essa circunstancia impõe o exame helminhotípico, repetido si negativo quando for feito em condições favoraveis de pressão barometrica, tanto para fins diagnosticos, como para a determinação do indice de infestação pelo *Schistosoma mansoni* em qualquer região.

ESTADO HIGROMETRICO

De um modo geral, é o higrotropismo favorável à vida dos parasitos. Em 1928 e 1929, Mayne continuando os estudos de Gill, sobre a influencia da humidade atmosferica na vida dos mosquitos, chegou a resultados importantes.

Além das experiencias com o "*Culex fatigans*" e os plasmodes do do impaludismo aviário, fez outras com referencias aos anofeles.

Assim, em temperatura inferior a 19° e humidade relativa de 38% a 55% os *A. culicifacies* e *A. subpictus* não tiveram vida além de uma semana, ao passo que o *A. fuliginosus* em uma humidade de 38° sobreviveu 17 dias.

Variando a temperatura e a humidade relativa, com essas mesmas espécies, obteve varios resultados.

O estado higrométrico explica a distribuição geográfica de muitas espécies parasitárias.

São assim descobertos no continente africano os fócos permanentes de glossinas quando as condições higroscópicas são favoráveis em todas as estações do ano; caso contrario, figuram como temporários.

Diversas experiencias demonstram a grande influencia da humidade na vida dos parasitos.

A preferencia ou adaptação a certo grau de humidade, explica a presença em maior ou menor abundância do *Aedes aegypti* ao longo dos cursos d'água ou no litoral.

O estado higrométrico depende da associação de varios fatores meteorológicos.

INFLUENCIA DAS CHUVAS E TEMPESTADES

Sob o ponto de vista parasitológico, as chuvas influem de modo direto ou indireto, modificando o "habitat" de certos parasitos.

Em Conceição do Arroio (Abril e Maio de 1931) observei, com variantes acentuadas, a influencia dos fenômenos meteorológicos, na bio-

logia de alguns culicideos e flebotomos, consignados no grafico do meu segundo trabalho sobre "O impaludismo autoctone do Rio Grande do Sul", Agosto de 1931.

De fato, em um lapso de tempo relativamente curto — 15 dias — ocorreram variações meteorológicas bruscas: chuva, vento, de direção e intensidade variáveis, notadamente o nosso celebre minuano, e baixa térmica considerável.

Depois de seis dias com a media máxima de temperatura de 22°C. e media mínima de 13°C., o termômetro marcou, após 8 dias sem ultrapassar 15°C., 1°C.

Constatei a maior voracidade das anofélicas nos dias quentes, nas horas da tardinha que sucedem a chuva, no começo desta e desaparecimento quando ela se intensifica, assim como nas baixas temperaturas.

No interior da mata consegui apanhar alguns exemplares de flebotomos com chuvas fracas, o mesmo não acontecendo com as de média intensidade.

O *Anopheles albitalis* ataca o homem nos chuvisqueiros fracos (Cesar Pinto).

As glossinas são mais abundantes nas estações das chuvas.

Charles Darwin, na "Origem das espécies", para demonstrar a distribuição das aves, diz que muitas espécies são frequentemente arrastadas pelas tempestades a imensas distâncias no mar.

Do livro "O Impaludismo", do saudoso professor Francisco Fajardo, extraí a seguinte e admirável descrição das tempestades em Mato Grosso, da autoria do Dr. Severiano da Fonseca.

"E' no verão que são frequentes as tempestades em Matto Grosso, trazidas quasi sempre pelo SW, o vento dos pampas (pampeiro) o qual, em minutos, modifica de tal modo o estado térmico do ar ambiente, que o termômetro salta rapidamente de muitos graus.

As descargas eléctricas são aminadas e quasi tão geraes no planalto como na baixada. A approximação das tempestades é, de ordinario, presentida.

A temperatura se eleva, o ar parece de fogo, não sopra a menor aragem. A natureza como que se abate, extactica e assustada. Os animaes perdem o animo, murcham as orelhas, abatem as caudas; os selvagens embrenham-se nas florestas, os amphibios precipitam-se nas águas. Os domesticos approximam-se do homem, confiados na protecção d'elle. Nem as grimpas das arvores baloiçam; as mattas numa quietude medonha parecem solidos inteiros.

As aves se achegam aos ninhos, suspendem os vôos e se escondem; algumas como as gaivotas, enchem os arcos de suas vozes assustadas e quasi que lamentosas, prenunciando a tormenta; mas logo se calam.

O ambiente cada vez se achumba mais e a respiração se torna mais difficult.

Ha uma especie de dureza em tudo que nos cerca, um torpor gravativo, um silencio especial, só quebrado pelo rumor das correntezas, que, augmentam de estrepito e fazem ainda maior a anciadade do homem.

Entretanto, nem uma nuvem no céu: — sómente o sol havia amortecido seus raios ocultos sob um véo espesso e achumbado.

D'ahi ha pouco, densos nimbos surgiam do horizonte, elevando-se do Sul ou de SW, fazendo-se já ouvir o longinquo e surdo reboar do trovão. Em breve scintillam os relampagos amiudam-se e amiuda-se o trovão já com estridor medonho.

O ambiente modifica-se extraordinariamente e a temperatura decrece com rapidez. Sopra uma brisa, de ordinario do quadrante austral, que em breve se converte em violento tufão.

Um grosso pingo d'água, outros e outros, isolados, grandes e gelidos, cahem a grandes espaços no chão.

São as avançadas de um aguaceiro diluvial que traz por atiradores um chuveiro de granizos e açoita a natureza por alguns minutos.

Meia hora depois o sol resplende fulgurante. O céo está limpido e sereno; a brisa murmura suave; as arvores curvam-se levemente ao sopro faguciro, a natureza sorri; os passaros sacodem das azas as gotas d'água, que tiveram força de embeber-lhes as plumas e cantam; os animaes todos mostram-se contentes e o homem sente-se reanimado e feliz.

Tudo respira com mais vida; sómente guardam por algum tempo o signal do cataclysma, a relva abatida dos campos, as folhas despídas e os galhos laseados das arvores das florestas e as correntes que, mais tumidas e tumultuosas, vão, contudo, pouco a pouco, perdendo a sua soberbia e entrando de novo nos limites que a natureza lhes demarcou.

Poucas horas depois só saberia do acontecido quem o houvesse presenciado."

ELECTRICIDADE

A influencia dos fenomenos eletricos não tem sido assinalada de modo positivo e com frequencia pelos parasitologos.

Com referencia aos diferentes tropismos que se verificam no ciclo evolutivo do Aneylostoma, Brumpt alude ao galvanotropismo ou reotropismo, que, por se apresentar negativo nas condições experimentais, não pode, por este motivo, dizer-se tal.

Francisco de Mello Franco, citado por João M. Peçanha da Silva, em 1886, no seu "Tratado das Febres" diz: a grande quantidade de electricidade existente outr'ora na atmosfera quando não impedisse o paludismo, tornava-lhe, pelo menos, mais benignos os acidentes."

D. A. Martins Costa, no seu livro "A malaria e suas diversas modalidades clinicas", ano de 1885, cita que Pallas em 1830 incriminava a electricidade como a unica causa das febres intermitentes ao passo que para Folchi as febres de Roma, eram devidas á subtração do fluido termo-electrico do organismo humano; Durand considerava o "miasma paulustre" como um poderoso agente electro-negativo.

Vão aqui citadas essas referencias historicas para demonstrar que a respeito da malaria, ha mais de um seculo, já se cogitava de ligar fatos parasitologicos ou etiologicos aos phenomenos electricos, cujas contribuições não correram paralelamente com outras conquistas da ciencia.

INFLUENCIA DAS ESTAÇÕES

Ha parasitos ou parasitoses que aparecem caracteristicamente em determinadas estações do ano ou mesmo permanecendo em estado endemico, provocam, sob varias influencias, surtos epidemicos.

Para uma mesma afecção parasitaria e em uma dada região, podem as estações do ano imprimir aspecto diferente quanto á incidencia, intensidade regularidade, modalidades clinicas, etc. como resultantes da ação sinergica de varios fatores sobre o homem, animais e respetivos transmissores.

As estações agem por um conjunto de fenomenos que, favoraveis ou não á vida dos vectores, promovem, atenuam ou anulam os accidentes mortidos.

Alguns parasitos não sofrem sensivel influencia como os *Pediculus* (piolhos) por serem permanentes; outros a elas apresentam predileção em certos climas, como o *Cimex lectularius* átivo em todas as épocas do ano nos países quentes, e, no verão, principalmente, nas zonas de clima temperado; outros aparecem no começo das estações quentes, como os triatomas.

Entre nós, como já acentuei, é bem manifesta a influencia do calor nos meses quentes sobre a *Cochliomyia macellaria* (Fabr. 1794) de interesse humano e veterinario, especialmente para o Rio Grande do Sul.

Em certos países, os *Leptus autumnalis* ou *Trombiculum autumnale*, abundam com particularidade notavel no verão e outono, determinando o chamado "eritema outonal."

A bilharziase arterio-venosa, produzida pelo parasitismo do *Schistosoma japonicum* (Katsurada, 1904), se propaga no lapso de tempo que vai da primavera ao outono.

A febre fluvial do Japão, aparece durante a estação quente. A febre purpura das montanhas rochosas, cujo agente etiologico é um virus transmitido pelo *Dermacentor andersoni*, apesar de ser endemica em certas regiões, é observada principalmente no verão.

Desta estação ainda são proprias a febre recurrente hespanhola, a "Febre de Oroya", cuja preferencia se declara para o fim da estação quente e chuvosa.

O impaludismo, de indice plasmodico variavel em todas as regiões do globo, manifesta-se sobretudo no verão.

Esta endemia, o maior flagelo das populações rurais, além de se fazer sentir em maior ou menor extensão e intensidade de acordo com as estações nas zonas temperadas ou com ligeiras oscilações nas zonas torridas, tem modificado a proporção das espécies de plasmodios.

Assim, Genserico de Souza Pinto, á semelhança do que ocorre na Italia, com as febres estivo-outonais, nas quais predominam de modo absoluto as fórmulas de *Plasmodium falciparum* observou, guardada a relativa correspondencia das estações entre aquele país e o nosso, e, particularmente no norte de Minas Geraes, diferentes proporções do *Plasmodium vivax* e *P. falciparum* de acordo com os meses do ano, baseado em 1700 exames positivos.

INFLUENCIA DAS REGIÕES

Ha especies parasitarias que são estritamente proprias de certos continentes, como a *Cochliomyia macellaria* está para as Americas, como as *Glossina palpalis* e *G. morsitans* estão para o territorio africano.

Outras especies, a despeito de variados fatores tais como as migrações, etc., não conseguiram radicação: é o que ocorreu com a *Loa loa* e outros parasitos durante o trafico dos negros, entre a Africa e o nosso territorio.

O Botão do Oriente, encontrado no Velho Mundo nas regiões de clima seco e quente, corresponde para nós á leishmaniose determinada pela *Leishmania brasiliensis* (Vianna 1911) que tem predileção pelas

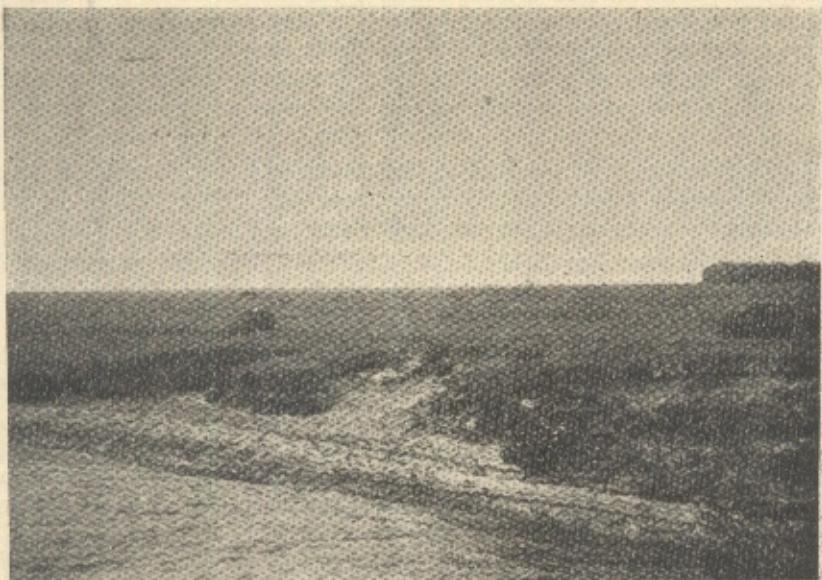


Fig. 1

di Primio, fot.

Margem do rio Palmares e faixa do litoral. Zona baixa e descampada.

regiões quentes e de matas que se estendem do Mexico ao norte da Argentina.

E' evidente que muitas situações se modificam com o rapido meio de transporte, a exemplo do que acaba de ocorrer com o *Anopheles gambiae* que por intermedio da moderna navegação rápida já tranpôz o Atlântico e se radicou no nordeste brasileiro (Rio Grande do Norte).

A influencia das regiões sobre os parasitos, resulta de um conjunto de causas tais como: temperatura, latitude, altitude, estado higrometrico, regimen dos ventos, curva pluviometrica, naturesa do solo, vegetação, etc.

Exemplo frisante da influencia das regiões se encontra no impalu-

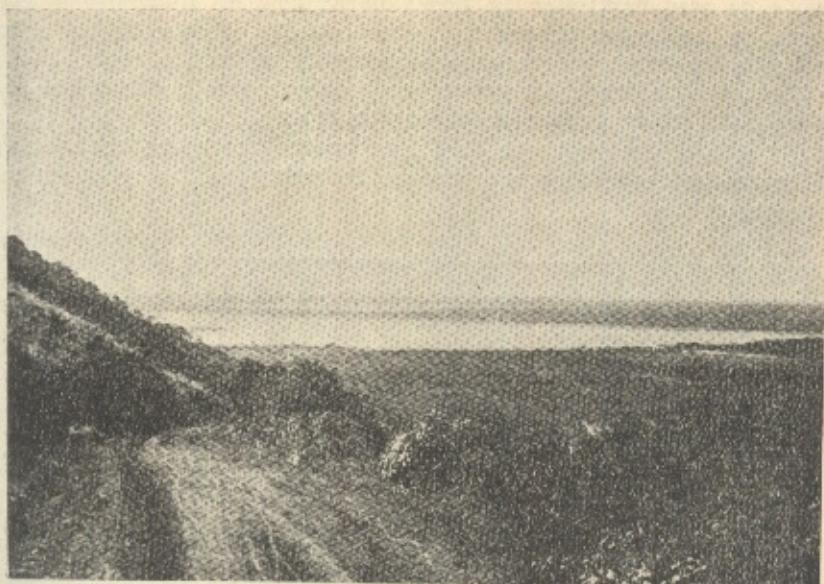


Fig. 2

di Primio, fot.

Conceição do Arroio — Serra do Mar e parte baixa do litoral.

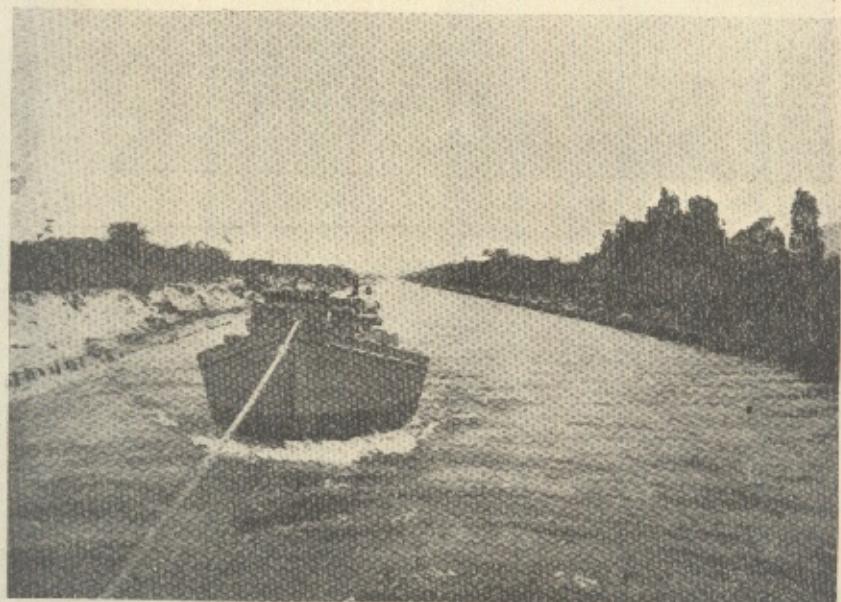


Fig. 3

di Primio, fot.

Canal artificial do Conde — Navegação lacustre Conceição do Arroio no Porto do Estacio (Torres) — Estabelece comunicação entre zonas palustres e outras ainda indenes.

dismo e no caso particular da fórmia parasitaria do *Plasmodium falciparum* que nas zonas temperadas produz as já referidas febres estivo-outonais e nos tropicos determina as febres quasi todo o ano.

A simples mudança de regiões ou de clima, basta muitas vezes para atenuar ou dissipar os acessos febris palustres.

Foi o que aconteceu com dois dos impaludados que vieram comigo de Torres para Porto Alegre, quando se fez pela primeira vez a malario-terapia entre nós.

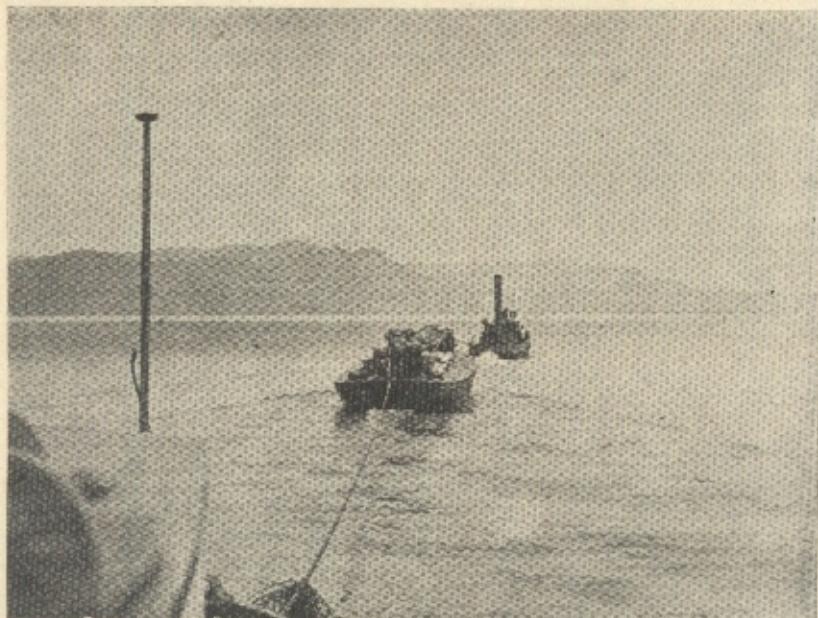


Fig. 4

di Primo, fot.
Navegação Iacustre: Conceição do Arroio — Porto do Estacio (Torres).

Certos lugares são apontados para a convalescência ou cura da malaria, como Barbacena, etc.

O Rio Grande do Sul, pelos variados acidentes fisicos que apresenta, é, segundo o Serviço Meteorologico do Estado, dividido nas seguintes regiões climatologicas: 1) Litoral; 2) Serra do Nordeste; 3) Depressão central; 4) Serra do Sueste; 5) Campanha; 6) Vale do Uruguai; 7) Missões; 8) Planalto. (Fot. n.º 1, 2, 3, 4).

E' a primeira região a mais baixa e a ultima a mais alta, atingindo em alguns pontos, 1.000 metros, aproximadamente, de altitude.

Na parte do litoral, compreendida entre as fraldas da Serra do Mar e o Atlantico, limitada ao norte pelo Mampituba, assinalei as seguintes zonas:

- 1) zona de malaria, uncinariose e pauperismo.
- 2) zona de uncinariose e pauperismo.
- 3) zona de outros males endemicos.

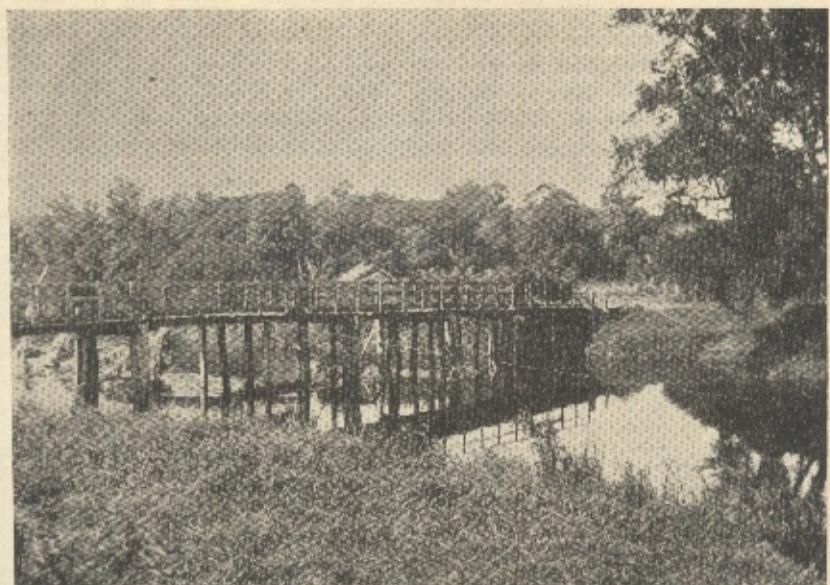


Fig. 5
di Primio, fot.
Fóco de impaludismo — Ponte sobre o Rio Verde — Município de Torres.

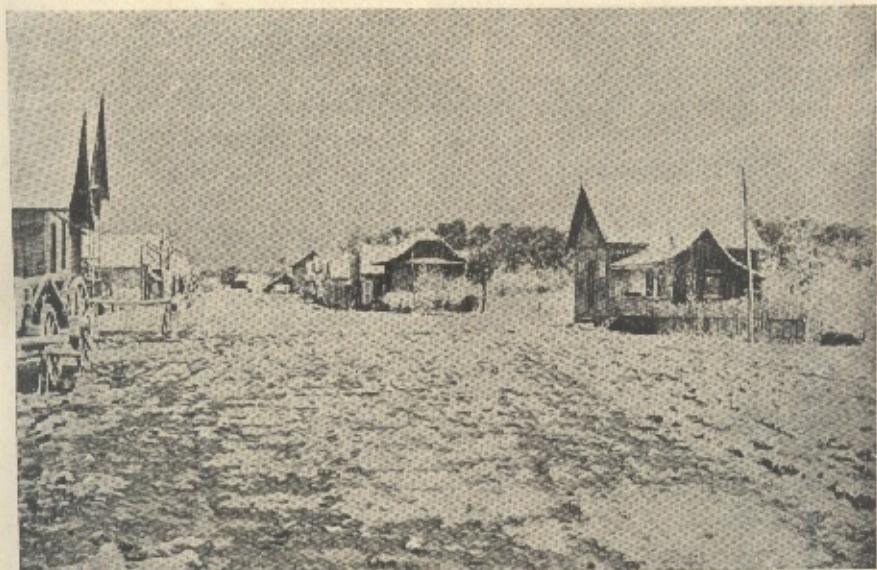


Fig. 6
Estação de Gramado — Aspecto do povoado por ocasião da neve.

Em outro trabalho: — "O desenvolvimento físico da criança no Brasil e a influencia de alguns fatores morbidos e sociais nas zonas rurais" — fixei a zona endémica de impaludismo (fot. n.º 5) no Rio Grande do Sul e a distribuição das poli-verminoses que têm se manifestado com incidencia maior na faixa do litoral, insinuando-se pelo interior na parte mais baixa, de clima quente, de maior humidade e menos influenciada ou fustigada pelos ventos.

Na zona da campanha, onde as coxilhas se sucedem, formando o aspecto característico do extremo sul; no planalto, onde as variações de temperatura são constantes e os ventos variaveis, onde a neve é relativamente frequente (fot. n.º 6) e, na região serrana, também de clima ameno, apresenta-se o tipo classico do gaucho: robusto, resoluto e des temido, e que para nossa felicidade abrange a mais larga extensão do Estado.

INFLUENCIA DOS AGENTES EXTERNOS E A HEREDITARIEDADE NOS PARASITOS

Nos casos de hiperparasitismo a ação dos fatores mesológicos é evidente e se manifesta, também, nas infestações cujos agentes causais se transmitem por hereditariedade.

Na febre purpura das montanhas Rochosas o agente etiológico que se conserva durante toda a existência no *Dermacentor andersoni* pode ser transmitido aos seus descendentes.

O vírus da febre fluvial do Japão passa através das larvas do *Trombicula akamushi*.

Outro exemplo de infecção hereditária, encontra-se na Febre de Pappataci, cujo vírus pode se conservar de um ano para outro nas larvas dos Phlebotomos.

FORMAS DE RESISTENCIA OU QUISTICAS E OS AGENTES EXTERNOS

Muitos protozoários intestinais quando as fases vegetativas não suportam as variações dos agentes externos, apresentam formas quísticas ou de resistência por meio das quais conseguem maior longevidade.

De acordo com as observações de W. C. Boeck, osquistos do *Chilomastix mesnili* podem viver 232 dias e os de *Giardia intestinalis*, 66 dias.

Segundo Sellards e Theiler as formas quísticas de entamebas podem se conservar infeciosas 5 a 6 dias.

Grande é a resistência dos ovos dos diversos helmintos parasitos do homem, citando aqui, afóra outras, as observações de Davaine que demonstrou que o *Ascaris lumbricoides* e o *T. trichiura*, além da grande resistência ao frio, podem permanecer vivos até 5 anos quando as circunstâncias são favoráveis.

COSMOPOLITISMO

Ao contrario das parasitoses adstritas a determinados fenomenos que delimitam uma distribuição geografica caracteristica, com latitudes mais ou menos fixas, outras são encontradas em todas as regiões do globo por força de seu especial modo de parasitismo, adaptações facéis, transmissão, intervindo, para muitas, mais as condições de higiene individual do que as do clima.

Mesmo essas especies cosmopolitas estão sujeitas a inumeras oscilações que se relacionam com a incidencia, intensidade ou extensão de parasitismo, periodicidade de ação nas multiformes manifestações morbidas.

Dessas causas mesiologicas não se ressentem somente os parasitos e o homem que, para algumas especies, é o principal ou unico "reservatorio de germens" mas animais que igualmente se comportam como tais.

De um modo geral, são doenças parasitarias cosmopolitas as que se transmitem diretamente do animal para animal ou de homem para homem, sem interferencia de hospedadores intermediarios, subordinados mais ás condições de ordem higienica do que de transmissão.

Nem sempre se observa um paralelismo entre as infestações nos "reservatorios de germens" e o acometimento no homem.

Assim, o porco é o reservatorio de germens do *Balantidium coli* parasito cosmopolita que determina no homem infestações relativamente raras.

Dos numerosos exames coprologicos que efetuei, somente encontrei um caso agudo de disenteria balantidiana em Torres, sobre o qual, nessa Casa, já fiz referencias.

Restringindo mais o numero de casos, apresenta o *Balantidium* a particularidade de em muitas pessoas não determinar a disenteria caracteristica; outras sómente são portadores de quistos ou fórmas de resistencia, lembrando aqui as verificações de Cesar Pinto no Paraná.

Com relação ás infestações e o ambiente a *Giardia intestinalis* parasito cosmopolita, é frequentemente mais encontrado nas regiões quentes e faltas de higiene do que em outras.

A sarna, afecção existente em todo o mundo, cuja modalidade — a sarna norueguesa — produzida pelo *Sarcoptes scabiei var. crustosae* (Fürstenberg 1861) descoberto e antes tão frequente na Noruega, foi encontrado no Brasil por Olympio da Fonseca Filho e A. Rosa, cabendo aqui ser assinalada pela raridade da afecção e contraste das condições climaticas entre aquele país e o nosso.

O cosmopolitismo se manifesta com maior ou menor expansão nos parasitos cuja vida está mais intimamente ligada á do homem, havendo para um mesmo genero especies que dessa asserção divergem ainda por falta de adaptação, como entre os Triatomideos é apontado sómente o *Triatoma rubrofasciata*, e, entre os Cimicideos, o *Cimex lectularius*.

Das infestações verminoticas cosmopolitas salientam-se as produzidas pelos: *Ascaris lumbricoides* encontrados nos países frios, como a Groelandia, Islandia etc.; o *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichiura*, etc.

Entre outras, são ainda especies cosmopolitas: *Pediculus capititis*

(de Geer 1778), o *Phthirus pubis*, o *Demodex hominis* (Simon 1842) e outras encontradas em quasi todos os países do mundo.

Enfim, os parasitos sofrem ininterruptas influencias das regiões, das altitudes, das latitudes, das estações do ano, dos diferentes climas, estão sujeitos aos ventos, ás variações da pressão barometrica, estado hidrométrico, fenomenos electricos, luminosos, termicos; lutam, adaptam-se, vencem ou desaparecem, apresentam fórmas de resistencia ou transmitem, apesar dessas vicissitudes, outros parasitos através das diversas fases evolutivas

Acometendo o homem e outros animais, em um numero infinito de manifestações morbidas, ainda estão sujeitos aos mesmos fenomenos meteorologicos, manifestando-se os mais complexos e variados tropismos e tactismos.

Contribuição ao diagnóstico da Síndrome de Meige

por

Saint. Paslous

Diretor do Ambulatório de Clínica Médica da Santa Casa.

Em colaboração com o Dr. Pedro Motta, assistente do Ambulatório

I Observação: Eronita S., 25 anos, solteira, natural deste Estado, residente à Avenida Oswaldo Aranha, n.º 398. Compareceu à consulta do Ambulatório de Clínica Médica de Mulheres da Santa Casa, por motivo de grande tumefação da perna direita.

Molestia atual iniciada há 2 anos. Ao acordar, uma manhã, notou leve tumefação no pé direito. 4 dias após, pessoas da família chamaram-lhe atenção para o crescimento da perna direita. Por nada sentir de molesto, não se preocupou com o acontecido e só quando o edema tomou maiores proporções é que consultou médico, tendo feito então injeções de Hg e Bi, assim como uso de outros remédios, tudo sem resultado. O edema progredia em volume, mas sem atingir a articulação do joelho; sempre indolor. Por ocasião de contusões na perna, escorria dela grande quantidade de líquido amarelado, por espaço até de 8 a 10 horas, reclamando o envolvimento de grande quantidade de panos, afim de não humedecer a cama; esse escoamento de líquido nunca foi acompanhado de sangue.

Antecedentes hereditários: sem importância. Em pessoa alguma da família houve caso semelhante.

Antecedentes pessoais: Nunca teve doença grave. Até os 15 anos, urinava na cama, à noite. Menstruação normal; menarquia aos 13 anos. Suas urinas sempre foram amareladas. Não teve adenites, nem estado inflamatório no membro inferior direito; o edema sempre foi indolor. Nunca foi operada.

Exame local: Membro inferior direito: perna e pé grandemente aumentados de volume; edema duro, indolor, sem deixar marcada a impressão do dedo compressor; extendendo-se do pé, envolve a perna, detendo-se nitidamente abaixo do joelho, do qual está separado por um limite preciso e linear, reproduzindo com perfeição a classica comparação de uma bota. Pele glabra, coloração e temperatura normais.

Estado de nutrição bom. Estado psíquico normal. Nada de anormal em relação aos diversos aparelhos orgânicos.

Pesquisa de microfilaria negativa (Laboratório Dr. Carlos Geyer).

Exame fisico-quimico do liquido proveniente da perna edemaciada: Elementos caracteristicos de transudato.

Exame de urina: nada de importancia.

Exame radiografico: Imagem radiologica de desencia vertebral do segmento lombo-sacra.



Paciente da Obs. n.º I (de face)

II Observação: Elvira M. da S., 27 anos, branca, brasileira, casada, natural deste Estado, residente à rua Pacificação n.º 839. Compareceu á consulta do Ambulatorio de Clinica Médica da Santa-Casa no dia 7 de Maio de 1934, por motivo de grande tumefação da perna direita.

Molestia atual teve começo ha cerca de 5 anos, originando-se no pé direito o edema que, progressivamente, se elevou á perna, estacando abaixo da artieulação do joelho, que não atinge e do qual está separado por um limite nitido. Quando em repouso prolongado, o edema diminue sensivelmente, para reaparecer depois com o exercicio. Nunca sofreu traumatismo sobre o membro doente. Após muito tempo do aparecimento do edema, teve uma infecção manifestada na séde da tumefação. As contusões sobre o membro doente provocam grande transdução de líquido amarelado, por espaço de varias horas. Nas épocas menstruais, o edema não sofre alterações.

Antecedentes hereditarios: Nada refere de importancia, assim como não sabe informar sobre a preexistencia de casos semelhantes ao seu.

Antecedentes pessoais: Menarquia aos 15 anos. Fluxo menstrual normal. Nunca teve adenites. Passado de litiasi renal. Urina sempre de coloração normal.

Exame local: Perna direita aumentada de volume, dando impressão de uma bóta; o edema, que se estende do pé até a porção inferior da articulação do joelho, é duro, indolor, não gravando a impressão do dedo



Paciente da Obs. n.º I (de perfil)

que comprime; coloração da pele normal; há efidrose e hipertricose nesse segmento do membro inferior D; temperatura local normal. Varizes no membro oposto.

Pesquisa de microfilaria negativa (Laboratório Dr. Fernandes Peña).

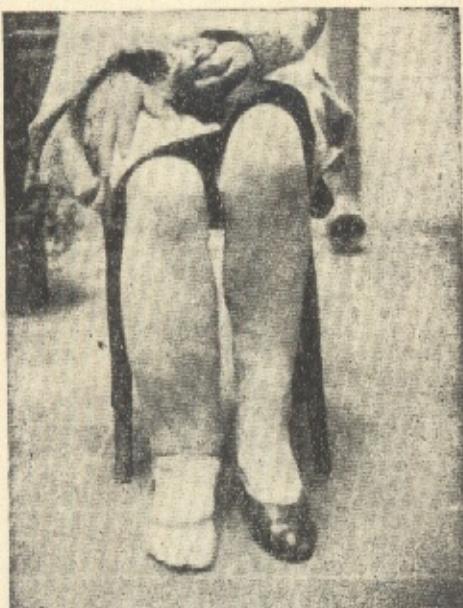
Exame químico e citológico do líquido emanado do edema: caracteres fracos de transudato.

1

III Observação: Jerônima A., 58 anos, de cor preta, brasileira, casada, natural deste Estado, residente à rua Luiz Manoel, nº 5; compareceu à consulta do Ambulatório de Clínica Médica de Mulheres da Santa-Casa, no dia 25 de outubro de 1933, por motivo de edema acentuado da perna direita e antebraço esquerdo. Informa que há 7 anos manifestou-se bruscamente, sem dor e sem febre, estado edematoso no antebraço esquerdo, estendendo-se à mão e ao terço inferior do braço;

logo a seguir, o mesmo edema apareceu na perna direita, desde o tornozelo até a articulação do joelho, que não atinge e da qual está separado por nítida linha de limitação superior.

Antecedentes hereditarios: Um irmão tuberculoso.



Paciente da Obs. n.º II (de face)

Antecedentes pessoais: Sarampo. Reumatismo articular agudo. Não teve filhos. Não tem passado venereo. Menopausa aos 45 anos. Reação de Wassermann negativa. Urinas sempre de coloração normal. Aortite crônica com ectasia.

Hipertensão arterial: Mx. 24, Mn. 11, Md. 13. Albuminúria leve. Ausência de estígmas ou sintomas neuro e psicopáticos.

Exame local: Membro superior esquerdo: edema duro, elástico, indolor, terminando precisamente ao nível das articulações do cotovelo e do punho, sem atingi-las. Pele de coloração e temperatura normais. Ganglio epitrocleano sensivelmente aumentado. Mão de aspecto normal.

Membro inferior direito: Edema, com caracteres identicos, ao nível da perna direita, iniciando-se abaixo da articulação do joelho e estendendo-se até ao tornozelo. Não há cicatrizes, nem sinais de varizes, nem adenopatias.

Pesquisa de microfilaria negativa (Laboratorio Dr. Pereira Filho).

Conclusões: Três pacientes, do sexo feminino, portadoras de edema segmentário, periférico, com caracteres peculiares à *síndrome de Meige ou trofoedema crônico*, localizado, nos três casos, na perna direita e também no antebraço esquerdo (na doente da III observação).

Trata-se nos três casos de trofoedema adquirido, declarado na primeira doente aos 23 anos, na segunda aos 22 anos, e na terceira aos 51 anos de idade; em nenhum deles, verifica-se a origem hereditaria ou familiar.

No primeiro caso, houve coexistencia de enurese noturna e disocia cencia vertebral lombosacra. Ausencia, em todos, de sindromes psicopaticas.



Paciente da Obs. n.^a III (de face)
Membro superior esquerdo.

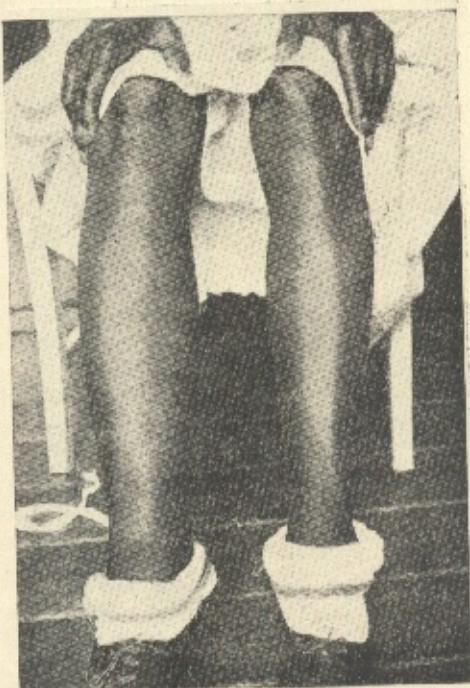
Pesquisa de microfilaria, negativa nos três casos.

Sinais fisico-quimicos de transudato, em dois casos. Em nenhuma das observações estão consignados sinais de anomalias congenitas de carácter patologico, assim como indícios veementes de disfunção endocrina, com referencia ao aparelho genital.

Tambem não ha nos comemorativos referencias de traumatismos ou de estados infecções gerais ou locais, especialmente com relação ao sistema linfático, suscetiveis de serem invocados como possíveis fatores etiopatogenicos da sindrome trofoedemica.

Excluidas, na diagnose diferencial, as lipodistrofias, as adiposes localizadas, a sindrome de Dercum, as elefantiases nostras, as elefantiases secundarias, o mixedema circunscrito, os edemas cardíacos, nefríticos, caquéticos, neuropáticos e os edemas angio-neuropáticos agudos, já por exclusão, já pela evidenciação dos caracteres morfológicos e pelas particularidades da iniciação e do evolver da afecção, si bem que, em nenhum

dos casos estejam consignados antecedentes hereditários, o que nem sempre é fácil de verificar, dada a incapacidade desta sorte de pacientes de serem exatos e verdadeiros em acontecimentos perdidos na penumbra ancestral, parece-nos lícito filiar os casos, cujas observações acabámos de referir, à Síndrome de Meige ou Trofoedema crônico, descrita em 1892 por Milroy, em 1897 por Debove, e estudada de modo magistral por Henry Meige, em 1899.



Paciente da Obs. n.º III (de face)
Membro inferior direito.

A Síndrome de Meige constitui assunto de escassas referências na literatura médica, onde são relativamente raros os casos publicados, segundo ainda recentemente, em dezembro do ano próximo passado relatam em trabalho completo, Florencio Bazan e Herta Otte, do Instituto de Pediatria do Hospital de Crianças de Buenos-Aires, concluindo após apresentação de uma interessante observação, pelo comentário de serem raros os casos na bibliografia nacional argentina, como também na literatura médica estrangeira.

Por estas razões, assim como por não termos conhecimento de nenhuma contribuição em nosso meio referente ao diagnóstico da síndrome de Meige, é que julgamos interessante trazer do serviço de Ambulatório de Clínica Médica de Mulheres da Santa-Casa este trabalho, com apresentação de três casos, estudados em colaboração com o distinto colega Dr. Pedro Motta, assistente do referido Ambulatório.

Quadro clínico classico do TROFOEDEMA CRONICO de MEIGE

Edema "segmentario", crônico, branco, indolor, brando no começo, mais tarde duro, elástico, não gravando a depressão do dedo.

- Localização:* 1) habitualmente nos membros inferiores, em especial nas pernas;
 2) às vezes, nos membros superiores;
 3) excepcionalmente no tronco e na face;
 4) quasi sempre unilateral; quando bilateral, mais acentuado de um lado;
 5) o limite superior, quasi sempre abaixo da região articular correspondente, é marcado nitidamente por um traço de separação com os tecidos normais, onde se detem bruscamente.

*

- Modo de aparecimento:* 1) Insidioso, indolor, desparecido do próprio doente ou então, rapidamente, da noite para o dia;
 2) outras vezes, a iniciação é dolorosa, com sintomas neuralgicos.

Evolução: Depois de constituido o trofoedema, conserva no decurso da vida as proporções adquiridas; o repouso prolongado atenua em parte a intensidade do edema, enquanto a posição vertical e a marcha o exacerbam.

- Origem:* 1) Congenita, hereditaria e familiar;
 Milroy cita 22 casos em 6 gerações de uma família com 79 membros;
 Meige: 8 casos em 4 gerações;
 Boks: 6 casos em 2 gerações de uma família com 24 membros;
 Kondoleon: um menino, seu pai e duas tias, todos na mesma idade;
 Egas Muniz: três irmãs, em uma das quais ainda havia edema de Quineke.
 2) Adquirido, com aparecimento na puberdade.

Frequencia: Rara.

Mais comum na mulher que no homem.

" " na puberdade.

Coexistência de disturbios mentais (psicoses), endocrinopaticos e deformações osseas: Spina bifida oculta, luxações.

Mecanismo etiopatogenico obscuro e controvertido:

I Distrofia familiar de origem nervosa: imperfeição congenita dos centros medulares e simpáticos que presidem ao trofismo do tecido ce-

lulo-eutaneo, com aplicação da teoria metamerica de Brissaud na distribuição segmentaria do edema (Meig).

II Distrofia de origem simpatica (Meige, Etienne, Parhon-Sicard, Laignel-Lavastine), ou endocrinio-simpatica (Ayala, Couloujou, Terrien, Saquet).

III Medulo-radiculite: Coexistencia de trofoedema e Spina fibida oculta (A. Léri, A. Feil, Sicard, Hagnenan, Wallich, Thomas, Jaroseky, F. Bazan e H. Otte, Engelhardt e Leroy).

IV Origem endocrinopatica: disfunção ovariana (Memme-Schimer), das glandulas sexuais e correlatas (Egas Muniz), tireoidiana (Hertoghe), fórmula frusta de mixedema (Darier).

V Origem traumática (Laignel Lavastine, Sicard, Etienne, Chiapponi).

VI Origem vascular: lesão venosa ou perivenosa (Leriche), linfática (Valobra, Antré Léri).

VII Origem humoral: dismetabolismo calcico ou fenômeno de osmose do tegumento e tecido celular subcutaneo.

VIII Origem infecções: molestias infecções agudas.

Diagnóstico diferencial:

I Lipodistrofias (obesidade dos membros inferiores).

II Adiposes localizadas.

III Adipose dolorosa ou Síndrome de Derecum.

IV Elefantiases nostras.

V " secundarias (filariose, sifilis, tuberculose).

VI Mixedema circunscrito.

VII Edemas cardiaco, nefritico, caquético, neuropáticos (paralissias, histeria, etc.).

VIII Edema de Quineke e urticaria gigante.

Tratamentos — Resultados incompletos ou nulos:

Opoterapia tireoideia (Hertoghe), ovariana, pluriglandular.

Operação de Walther: drenagem do tecido subcutâneo para o tecido subcutâneo abdominal.

Simpatectomia periarterial de Leriche.

Laminectomia.

Operação de Kondoleon: excisão do tecido conjuntivo e drenagem dos planos superficiais ou profundos (Sussini e Casanbón).

Ligeiras considerações em torno do diagnóstico precóce da lepra.

por

Jubenal Santos

A frequencia da lépra entre nós e aqui mesmo no nosso Hospital, induziu-me a redigir as presentes notas como simples lembrête aos colegas mais jovens e no intuito de pô-los de sobre-aviso deante de uma manifestação cutanea qualquer, para evitar que venham a incorrer em graves equívocos, como por vezes já tenho observado.

Tais enganos entretanto, não são passíveis de censura, porquanto não se poderá exigir que sejamos oniscientes nesta época em que o desenvolvimento científico é extraordinario, exigindo até as especializações particularizadas. Ajunte-se a isto, a mobilidade a que estamos sujeitos com as variás transferencias, o que constitue sério óbice á aquisição de cultura especializada.

De 1927 para cá, transitaram por este hospital 26 leprósos, dos quais, atualmente, 6 ainda aqui se acham.

Deste ultimos, 2 contam apenas alguns dias de praça, pois a doença passára despercebida na inspeção de saúde a que foram os mesmos submetidos.

Um dêles, A. F., apenas iniciados os exercícios, foi ao medico de sua Unidade queixando-se de lesões na face e, sobretudo, sensação de calor e ardência no rosto após a instrução.

Baixou a este Hospital, onde fuivê-lo na 7.^a Enfermaria.

No decurso do exame fui informado pelo doente da seguinte história triste que resumirei em poucas palavras: Ha cerca de seis meses, uma sua parenta, após aborto, ficára em estado grave, exausta por hemorragia, pelo que o seu medico assistente indicára uma transfusão. Sabem os senhores quem foi o doador? O nosso leproso, após ter sido préviamente examinado em conceituado hospital para a verificação dos grupos sanguíneos.

Evitemos comentários; o caso é doloroso, não se podendo medir a extensão de provável malefício que poderia, talvez, ser evitado, se o doente tivesse sido examinado minuciosamente, não se limitando as pesquisas á simples verificação de uma sífilis evolutiva com reação sorológica positiva, ou uma tuberculose nem sempre perceptível pelo exame clínico.

Este fato horroroso, lamentável em todos os aspectos, poderá entretanto trazer preciosa colaboração ao estudo da lépra, pelo menos no que diz respeito á sua transmissão.

Embora se saiba que só excepcionalmente é o germe encontrado no

sangue, comuniquei o fato á Saúde Pública para que a inoculada possa ser observada periódicamente e durante o tempo necessário.

A inoculação experimental de triturados de lepromas e enxertos, já tem sido feita sem resultado; (1) eventualidade porém, de inoculação sanguínea nas condições acima descritas, julgo nunca se ter verificado *in anima nobili*.

A assistencia a um ambulatorio de sifilis é da maior utilidade pelos benefícios que o conhecimento da especialidade tráz ao diagnóstico rápido da lues e seu conveniente tratamento. Doença proteiforme, que se exterioriza de multifárias maneiras, proporciona-nos ainda o seu estudo, o conhecimento de outra infecção muito mais grave, de manifestações também cutâneas, e enjo alastramento entre nós se mostra verdadeiramente alarmante, constituindo um sério problema sanitário e verdadeiro perigo nacional.

Quero me referir à lépra, que, bem conhecida, quando ostenta o aspecto clássico, nas suas formas atípicas e frustas desafia a argúcia do prático, exigindo contudo, diagnóstico urgente.

Assim, na presença de uma dermatose, as duas primeiras hipóteses que devem ser lembradas são: lepra e sifilis.

Pareça embora absurda esta maneira de encarar o assunto, afigura-se-me contudo, que a noção deve estar sempre presente ao espírito do médico, já visando o diagnóstico precoce — momento propício a um tratamento eficaz — já visando a profilaxia, daquêle decorrente.

Mesmo na presença de acidente eruptivo peculiar à sifilis, como só ser a roséola, deve-se levar avante o exame procurando ver bem o aspecto da lesão, sua exata coloração, a data do aparecimento, tempo de duração, sem esquecer a indagação acerca da existência do acidente inicial.

A roséola leprósica, mais pigmentar que eritematosa, é mais escura do que a sifilitica e de um roseo pardacento; é mais abundante, rebelde ao tratamento antiluetico e persiste por muito tempo em sua exibição, o que não se dá com a sifilitica, que surgindo da noite para o dia, é de existência efêmera, durando apenas algumas semanas, mesmo sem tratamento algum.

E' aqui a ocasião oportuna para uma advertência muito importante: a reação de Wassermann sempre positiva no secundarismoluetico, nem sempre serve para afirmar a existência da sifilis, quando verificada em portador de certas roséolas, porque costuma também ser positiva na lépra.

O fato é tanto mais digno de ser posto em relevo, quanto mais, deante de um indivíduo portador de roséolas, com reação de Wassermann positiva, o juízo primário que se impõe é o de sifilis.

Além disto, pode ainda ocorrer a circunstância das duas infecções evolverem simultaneamente no mesmo indivíduo, como em um caso que, há pouco, me foi mostrado pelo Dr. Joaquim Motta no Ambulatorio da Fundação Gaffrée-Guinle.

Tratava-se de uma doente matriculada no serviço de sifilis, com

(1) Existem 3 casos publicados de resultado positivo; o de Arning é contestável.

lesões de secundarismo e reação sorologica positiva, em quem o medico consultante em exame minucioso encontrára em uma das pernas uma placa circinada das dimensões de uma moeda de 400 reis, um pouco escamosa, de bôrdos mais claros e com anestesia.

Outro doente tive occasião de observar no mesmo Ambulatorio dias depois: era um homem portador de grandes máculas eritematosas com anestesia termica e dolorosa, localizadas nas coxas e pernas.

Em seu inicio a lepra é quasi exclusivamente cutanea ou talvez nervosa. O começo pôde caracterizar-se por viva reação geral com hipertermia prolongada, raquialgia e dôres reumatoideos; o comum no entanto, é um inicio insidioso ou diseréto, sendo a atenção do medico despertada por um pequeno sinal cutaneo ou nervoso, d'onde a necessidade do conhecimento indispensavel das suas manifestações precoces ou sintomas prodromicos.

Conforme afirma Gougerot, "a lepra não é sempre a molestia inexorável da legenda; as lépras benignas, localizadas, frustas, não são raras quando sistematicamente pesquisadas, e tanto mais importante é o seu diagnostico, quanto mais probabilidade ha de curá-las um tratamento precóce".

O ilustre professor Eduardo Rabello, por sua vez, assim se exprime: "Passou o tempo em que o dogma da incurabilidade da lepra era artigo de fé".

Não ha muito tempo, esse mesmo mestre assim se expressava em uma conferencia na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: "... é certo que já podemos nos casos incipientes de lepra obter mais de 50% de curas, tornando tambem não bacilíferos numerosos doentes, o que tem assinalada importancia profilatica pela diminuição dos fócos de contagio".

Por sua vez, a Comissão da Lepra do Comitê de Higiene da Sociedade das Nações, em seu relatorio de Abril de 1931 declara, em resumo, ser a lepra, ao menos em certas fases, uma doença curável, tal qual a tuberculose.

O estudo do mal de Hansen está a exigir de nossa parte a maior atenção, porque, além do perigo de contagio a que estamos todos expostos, na ignorancia em que ainda nos achamos acerca de seu modo de transmissão, dêle depende a descoberta das várias fórmas larvadas, frustas ou latentes.

O seu atipicismo pôde ser quanto á exteriorização e quanto á evolução.

Em quanto na quasi universalidade dos casos vê-se a doença apresentar uma marcha crônica, outras vezes, ela pôde ser aguda conforme referem Danielssen e Boeck, embora Leloir considere essa fórmula rara.

Compulsando a excelente tese de Sarmento Barata, os notaveis trabalhos de Joaquim Motta, Maya Faillace e outros, encontrei, esmiuçando, á cata dos sinais primeiros da doença, a referencia de CORIZA muito frequente.

E' sinal dos mais precoces e encontrado em 95% dos casos.

Gyück registrou sua presença em 89% dos seus doentes e Motta apenas em 35%.

Leloir descreveu a presença do *coriza* acompanhado de sensação de secura e de "nariz entupido" (para empregar a expressão popular), seguido com frequência de *epistaxes* repetidas e persistentes, se bem que não muito abundantes.

Jeanselme acha que este sintoma equivale à hemoptise premonitória da tuberculose.

Joaquim Motta em notável trabalho apresentado à Academia Nacional de Medicina — ASPECTOS E SINTOMAS DA LÉPRA DIS-SIMULADA — ocupou-se do assunto com grande erudição, estudando 55 observações dentre as de milhares de doentes fichados na Inspetoria da Lépra, nesta Capital.

Para se aquilatar do valor da obra do provécto docente, basta ler-se o seguinte trecho do parecer que a Academia deu sobre o mesmo. Eis-lo:

"Para obedecer às exigências estatutárias apresentou o candidato uma memória inédita sobre assunto de palpitante atualidade, de máximo interesse para a medicina social em nosso país e que no sentir da comissão que subscreve o presente parecer, devia ser ou pela Academia ou pelo Departamento de Saúde Pública largamente divulgada, editada aos milhares e distribuída por todos os recantos do país, onde houvesse um médico, cioso do futuro da nossa raça, neste momento ameaçada de uma endemias de pavorosas consequências".

O mal de Hansen incipiente não raro, se revela por uma lesão cutânea única, assumindo ora o aspecto de *mancha eritematósica, eritemato pigmentar e acromática*, ora de *infiltração difusa, limitada ou papulosa*, um *tuberculo*, ou ainda um *nódulo*, como no caso de Arning, referido por Motta.

As manchas hiperêmicas podem apresentar uma grande variedade de coloridos, toda uma escala cromática.

Quando a doença se exterioriza por um elemento único, é de diagnóstico muito difícil, porque pode ser confundida com as mais diversas dermatoses.

Ha porém um sinal, da máxima importância, cuja presença afirma o diagnóstico — é a *anestesia*.

Este dado clássico foi verificado entre nós pelo malogrado prof. Faustino Esposel que condensou no seu interessante trabalho — DA SENSIBILIDADE GERAL NA LEPRA — suas observações sobre o assunto.

Nas manchas recentes pode se observar hiperestesia, que é sucedida por termoanesthesia e analgesia. Cumpre todavia não esquecer que a sífilis poderá apresentar distúrbios da sensibilidade.

Oscar da Silva Araujo em bem lançado artigo publicado na FOLHA MEDICA (n.º 13, de Maio deste ano), explana o assunto ilustrando-o com diversas observações pessoais e do Dr. Rabello Filho.

"As disestesias na sífilis", trabalho cuja leitura deve ser feita com cautela, contém, todavia, muitos ensinamentos úteis concernentes ao diagnóstico da lepróse.

Sendo embora da máxima frequência a verificação das perturbações da sensibilidade na lépra, é preciso não esquecer que a sífilis poderá também apresentá-las, se bem que raramente e de maneira discrieta.

Daí a noção pratica da conveniencia de se fazer sempre, nos casos suspeitos, o tratamento antiluetico que, via de regra, faz ceder rapidamente os disturbios devidos á treponemose, podendo, outrossim, fazer explodir a erupção leprósa, como se infere dos informes fornecidos por varios doentes.

A lesão cutanea unica pôde ser não só as acima citadas, mas tambem uma *bôlha*.

Ainda podem revestir o aspecto de placas de *psoriase* ou pápulas de *liquem* conforme a afirmação de Peña Chavarria e Barrera. Estes autores assim resumem seu trabalho publicado na Revista Medica Latino-Americanana sobre "UNA FORMA INICIAL DE LA LEPRA":

"A lépra nervosa pôde ter uma manifestação inicial psoriasiforme, na qual pôde não ser encontrado o bacilo de "Hansen".

"É preciso cuidado ao se fazer o diagnostico diferencial com a *psoriase*, as tinhas, as sifilides papulo escamósas e as dermatites toxicas".

"A lépra nervosa repereúte na péle dando, entre outros elementos, dois principais: o pênfigo e o liquem".

As lesões se assentam com maior frequencia na face, vindo em segundo lugar os membros inferiores. São quasi sempre hiperêmicas, sendo seu aparecimento precedido, amiúde, por sensação local de prurido, formigamentos ou "queimação" — expressão muito empregado pelos pacientes.

As vezes são difusas, lembrando o *eritema solar*, o *eritema polimórfico*, o *eritema nodoso*, podendo tambem fazer pensar na *erisipela*, tal a semelhança dos fenomenos gerais, principalmente quando são os membros inferiores, a séde do processo mórbido.

O quadro da erisipela é dos mais frequentes e enganadores, podendo ainda as duas infecções coexistirem.

Jeanselme refere que os leprósos são muito sujeitos ás infecções estreptocócicas. O inicio da doença por surtos erisipelatósos principalmente nas pernas, assim como de eritema polimórfico é muito encontradizo.

Para provar o asserto acima expendido, da semelhança enganadora das duas infecções, vou referir apenas a passagem por este Hospital de um docente, em cuja Unidade o medico presumiu tratar-se de uma erisipela, juizo de que tambem participou o colega que aqui o atendeu. Este doente apresentou o quadro da erisipela em surtos sucessivos, só tendo sido feito o verdadeiro diagnóstico mais tarde.

A pesquisa da sensibilidade, investigação quasi sempre delicada, deve ser feita com muita cautela porque, como assinala Motta, não raro alguns doentes conhecedores do seu mal, procuram iludir o medico para evitar a confirmação do diagnostico apavorante.

A doença pôde se iniciar por uma *erupção maculosa generalizada* surgindo de um dia para o outro, sem que se observem outros fenomenos. Os elementos são em geral eritematosos, de aspecto identico ao da roséola, apresentando porém perturbações da sensibilidade.

Assim como as máculas, os tuberculos ou lepromas são tambem mais frequentes na face e principalmente nas orelhas. Aí, êles poderão, as vezes, ser hipodermicos, pequeninos como grãos de chumbo encastoados e só perceptíveis pela palpação.

O eritema polimórfico é assinalado como uma das maneiras porque pode começar a doença; ha febre elevada e dôres generalizadas.

A pesquisa da sensibilidade revêla disturbios consistindo em hiperestesia nos bordos dos elementos e hipoestesia no centro.

Manifestações nervosas e troficas costumam surgir muito precocemente.

Os disturbios subjetivos são dos primeiros a aparecer e sob a forma de nevralgias, parestesias e prurido, denunciando a existencia de nevrites.

São as dormências, formigamentos e “queimação” de que se queixam os doentes.

Secundariamente, aparecem as anestesias, atrofias musculares e, não raro, edemas e paralisias.

Observa-se o espessamento do nervo cubital, que também pode se apresentar noduloso ou moniliforme, do ramo auricular do plexo cervical, do tibial posterior, supraorbitario, peronial, etc.

Danlos e Sourdell aconselham também a exploração do braquial interno e Nicolas, o crural, que, para ele, é atingido antes de qualquer outro. A palpação destes nervos revela hiperestesia acentuada, e pressão moderada, provoca, às vezes, dôr viva que corre até a extremidade do membro como se fôra um choque elétrico.

Com o evolver da doença a hiperestesia é sucedida por anestesia, preferentemente ao calor e à dor.

Os *disturbios troficos* são representados pela atrofia dos interósseos, dos músculos da região tenar e da palpebra inferior; pela retração dos dêdos, sobretudo do auricular que, a princípio, se encurva, constituindo o que se chama camptodactilia, dêdo diplomático.

Muito frequente é ver-se também a queda dos supercilios a começar da parte externa, o que constitue o sinal de ônibus, descrito por Fournier na sífilis.

A lépra frusta foi primeiro lobrigada por Arning, conforme seu relatório de 1886; depois dele, tratou do assunto Moore, que fez referência às formas que pela sua sintomatologia discreta, poderiam dar lugar a dúvidas de diagnóstico.

Zambaco-Pachá também se refere a essas formas que bem podem ser chamadas oligo-sintomáticas e que se denunciam por sinais muito discretos como a *garra do auricular*, a *queda do supercilio*, a *rinite crônica* com ou sem epistaxe, etc.

As *queimaduras das mãos* motivadas por anestesia já existente e até então ignorada pelo paciente, constituem um achado importante, afirmando a existência do mal de Hansen.

A casuística das formas oligosintomáticas é pobre e a razão disto nos dão Keyser e Van-Houton, dizendo que as “formas abortivas não sendo raras, precisam comtudo ser procuradas, porque o mal não é tal que obrigue o doente a procurar o médico”.

O motivo pode ainda ser explicado pelo fato dos clássicos leprólogos haverem estudado a doença nos leprosários onde só se encontram formas avançadas do mal, com sintomatologia exuberante.

Os autores referem abundância de sintomas, descrevendo, com mi-

nucia, os fenomenos ostentósos. Disto resultou um grande mal, dificultando o conhecimento da lépra, porquanto até mesmo os estudiósos, procuravam diagnosticá-la fundando o seu juizo nas lesões ostensivas.

Doentes varios temos visto portadores de fórmas anomalias, que se trataram durante varios anos com profissionais competentes, sem que no entanto fôsse suspeitada a natureza do mal.

Pela analise minuciosa das observações, indagando-se do inicio da doença, dos disturbios gerais que precederam sua exteriorização, chega-se á conclusão de que são frequentes os sinais e sintomas acima referidos.

Desde Ehlers, sabemos tambem que a lépra abortiva pôde permanecer por muito tempo, representada por um unico sinál.

São fórmas óligo ou talvez monossintomaticas, consideradas por muitos autores como uma parada da infecção, como se verifica em outras doenças de origem nervosa. — E' a lépra extinta, da qual existem dois casos no Asilo de Velhos nesta Capital.

Dentre as fórmas bastardas da lepróse, a tuberculoide é de diagnostico particularmente difícil. Não sendo rara, comegon entretanto a ser vista, depois da Conferencia Internacional de Estrasburgo.

E' frequente entre nós e pôde se apresentar sob os aspectos de infiltrados lupoides, sarcóide, granuloma anular, etc.

Ha quem pense, nesses casos, tratar-se de tuberculides desenvolvendo-se em leprósos e para justificar tal hipótese apelam para a existencia de celulas gigantes que, sabemos hoje, não serem exclusivas da tuberculose, por isso que são encontradas na sifilis, nas micoses, etc.

Nestas lesões raramente são encontrados bacilos; aliás tal achado pouco esclareceria a questão, atendendo-se aos carácteres tinctoriais comuns aos germes de Hansen e de Koch.

Estes casos, assim como aqueles em que são encontrados, ao mesmo tempo, sinais e sintomas comuns à sifilis e ao mal de Hansen devem ser observados demoradamente, considerados suspeitos e notificados á Saúde Pública para clucidação definitiva do diagnóstico.

DIAGNOSTICO PELO LABORATORIO

A presença do "micobacterium lepræ" ou bacilo de Hansen, no muco nasal, é muito precocé, tendo o mesmo sido encontrado antes do seu portador apresentar qualquer outro sintoma evidente do mal de São Lazaro.

As vezes a doença se limita, em dado momento, á rinite com pequena ulceração, constituindo o encontro do bacilo, verdadeiro achado sinistro, como num caso que me foi referido pelo nosso General, acatado oto-rino-laringologista.

Outras vezes, um individuo frequentando um foco de lépra pôde se tornar um portador, sem ser leproso, consoante o modo de ver de Sousa Araujo.

Embora Pais de Azevedo não houvesse encontrado o gérme no muco nasal de 548 habitantes de zona onde a lépra é endêmica, parece, com tudo, da maxima importancia profilatica, a pesquisa nas pessoas que convivem ou vivem na vizinhança de doentes.

Nos ganglios pôde tambem o gérme ser encontrado sem que o por-

tador apresente manifestações aparentes da doença, como foi verificado entre nós por Ernani Agriola, de Belo Horizonte.

Tanto o leprona como a mácula, não envelhecida, contêm, geralmente, germes em abundância.

Sarmento Barata, de Porto Alegre, examinando dois doentes que apresentavam uma erupção maculosa, não encontrou germes no muco nasal, mesmo após a administração de iodeto de potassio por via oral, conforme aconselham Lerede e Pautrier; o esfregaço de material das máculas, porém, revelou a presença do bacilo, na sua disposição classica em globias.

Em sua excelente tese, este mesmo autor, narra o caso de um moço que, sem referir antecedentes luctuos ou blenorragicos, sofria de dôres reumatoideos em varias articulações.

Apresentando uma reação de Wassermann positiva foi tratado pelo Enesol, com o que melhorou rapidamente.

Aos 2 meses de tratamento, quando se lhe fazia uma injeção endoflebica, foi observado no ante-braço esquerdo um pequeno tubérculo em cujo esfregaço foram encontrados bacilos de Hansen. Nóvos lepromas surgiram e então apareceram os bacilos no muco nasal.

Neste material, principalmente, a pesquisa bacterioscopica deve ser baseada no encontro da globia bacilar tipica, por quanto a presença de outros bacilos isolados, acido resistentes, como os de Karlinsky e de Marchoux e Halphen, não raro, tem sido verificada.

Ás vezes as pesquisas de germes, seja na serosidade resultante da expressão das lesões após escarificação, seja na rapa de leproma ou mácula, ou ainda no muco nasal ou em material da mesma mucosa colhido por curetagem alta, são infrutiferas, tendo-se de recorrer á punção dos ganglios como aconselham varios autores, á frente dos quais o grande tropicalista Marchoux.

O resultado negativo das pesquisas nas lesões ativas, põe um pouco em chéque a asserção de Neisser, de que "não ha tecido leproso sem bacilo". De maneira analoga, a afirmativa categorica de Lie "o bacilo de Hansen é sempre encontrado no individuo infectado", sófre abalo, com o achado do gérme no muco nasal de individuos que estando em contacto com leprósos, não apresentam vislumbre de doença.

E' preciso o maior cuidado no apreciar os fatos, que devem ser interpretados com a mais ponderada análise, ao se estabelecer um diagnóstico precoce, que não pôde ser afastado pelo simples resultado negativo de um exame de laboratorio, prova que embora da maior valia, é sempre subsidiaria.

Por esta razão a Conferencia de Manilha assinalou em suas conclusões: "Todas as pessoas responsaveis pelo diagnóstico da lépra devem se habituar a reconhecer os sinais e sintomas da doença nas suas mais precoces manifestações".

E' frequente ver-se a lépra latente explodir durante o tratamento antisifilitico; foi esta a impressão que me ficou das afirmações categoricas de varios doentes, atribuindo ao tratamento específico as lesões cutaneas que apresentavam.

E' muito util saber-se, e tem grande valor para o diagnóstico, o

môdo dos leprósos reagirem aos iodêtos e em particular ao de potassio. Nas dôses ordinarias, esses doentes apresentam febre, às vezes alta, e ao mesmo tempo, tumefação e congestão das lesões aparentes.

Outras vezes, havendo apenas disturbio puramente nervoso, como num caso de meu conhecimento, os iodicos pôdem fazer explodir a doença com estardalhaço.

Doente portador de rebelde nevralgia do cubital, após ter feito tratamentos varios, inclusive aplicações de diatermia e raios ultra-violetas, recebeu injêções de Naiodine que lhe produziram febre e erupção de mácula eritematosa.

Levado a consultorio de competente dermatologista, foi verificado tratar-se do mal de Hansen.

Pelas situações embaragoosas quanto a um pronunciamento de diagnóstico, maxime tratando-se de pessoas de elevada condição social ou vivendo em coletividade, quando as pesquisas bacterioscopicas se mostram negativas, ensaiaram os autores numerosas provas indiréitas, entre as quais as reações de Rubino e de Gomes-Deycke.

A primeira embora de absoluta especificidade, considerada por Pinto de Figueiredo, em tese no Rio, como patognomica é pouco sensivel, sendo inutil portanto ao diagnóstico precoce. A de Gomes-Deycke, porém, consoante o testimonho de Maya Faillace em interessante trabalho sobre a mesma, revelou-se muito apreciavel, manifestando-se positiva em individuos, nos quais só um ano depois, pôude ser evidenciada a presença do micobacterio.

Sua maior vantagem é que sendo positiva em alta percentagem no mal de Hansen, mostra-se sempre negativa na sifilis.

A reação de Wassermann que se mostra positiva em ambas as doenças, se bem que mais constante na sifilis, quando presente na lépra poderá levar o pratico mal avisado ou desprevenido a grave erro, principalmente se o doente apresenta no momento dôres reumatoideos, assim como outros sintomas comuns na lues, aos quais já me referi linhas atrás.

A pesquisa do indice de Velez, hoje de pratica corrente para o diagnóstico da tuberculose, tem grande valia no diagnóstico da lépra. Jorge Lobo e Rinaldo Azevedo em trabalho publicado na Revista Medica de Pernambuco, chegaram às seguintes conclusões:

1.^a, o indice de Velez é sempre invertido na lépra e nunca aparece nos individuos saos; 2.^a, mesmo nos casos de lépra fechada, com exames bacteriologicos negativos, ha inversão nuclear; 3.^a, o indice de Velez deve ser pesquisado, entre os comunicantes dos leprósos como o melhor meio de surpreender o inicio da infecção.

*
* * *

Eis meus senhores, embora resumidamente, o conjunto de sinais e sintomas que deve o pratico pesquisar ao defrontar-se com caso clinico presumivel de lépra, ou antes com uma manifestação cutanea ou nervosa periferica cujo diagnóstico exato não possa ser baseado em provas irrefutaveis.

Ulcerá tuberculosa do véu do paladar.

por

Hugo Ribeiro

Diretor de Serviço de Dermatosifiligráfia da Santa Casa de Misericordia.

O artigo publicado, em um dos ultimos numeros de nossa Revista, pelo professor Mario Totta, em colaboração com o Dr. Helmuth Weinmann, creou a oportunidade para fazermos a narração de um caso, de ulcerá tuberculosa do véu do paladar, recentemente observado em nossa clinica particular.

Trata-se de um homem de 29 anos de idade, residente no interior do Estado, que, veiu a Porto Alegre, a conselho de seu medico assistente, para consultar um dermatologista, sobre uma afecção da mucosa bucal e precisar um diagnostico com os recursos laboratoriais, não existentes na cidade de sua residencia.

Examinando a boca, constatámos uma ulceráção no véu do paladar, mais ou menos do tamanho de uma moeda de 200 réis, mas, sem os contórnos numulares, pois era alongada e com bordos que apresentavam pequenas chanfraduras. O fundo em um só plano era granuloso e raso.

A ulceráção estava situada no meio de uma placa eritematosa, na qual se notavam pustuletas, do tamanho de uma cabeça de alfinete, muito proximas dos bordos.

As pequenas chanfraduras observadas eram formadas a custa do rompimento das pustuletas na ulcerá, que contribuiam, assim, para sua formação e marcha progressiva.

Como sintoma subjetivo, temos apenas que mencionar ligeira dôr provocada pelo contato de corpos sólidos. Espontaneamente, não havia dôr e o doente podia alimentar-se perfeitamente bem, apenas evitando os alimentos, demasiadamente duros, como por exemplo, a crôsta de pão.

A historia era a seguinte: ha um ano e meio o paciente notou uma pequena lesão que julgou tratar-se de uma afta. Desde então a pequena ulceráção aumentou gradativamente até atingir as dimensões atuais.

Primeiramente foi diagnosticada como de natureza sifilitica e o medico consultado iniciou e completou um tratamento específico, com 914 e bismuto, sem nenhum resultado favorável obter. Fez, também, tratamentos locais, não nos sabendo o doente informar quais os medicamentos empregados.

Para fazermos o diagnostico, primeiramente, procuramos excluir a sifilis, o que nos foi facil, não só em vista do resultado do tratamento específico, executado sem resultado, que teve o valor de um tratamento de próva, como tambem pelo aspéto morfológico das lesões, em relação ao tempo de evolver.

As ulceras sifiliticas do véu do paladar, consecutivas a goma, evol-

vem para a profundidade, destruindo os tecidos até a completa perfuração, que se traduz por uma rica sintomatologia.

Em nosso caso a destruição se faz em superfície; é uma ulceração rasa, sem nenhuma tendência para a perfuração que, no caso de ser de origem luetica, já tinha o tempo de um ano e meio, mais que suficiente para suas destruições habituais.

Como lesão de sifilis secundaria, era pouco provável, pois nenhuma outra manifestação deste periodo barulhento da sifilis apareceu, caracterizando o mal.

Vendo pouca probabilidade na sifilis, tinhamos, forçosamente, que pensar na tuberculose e enviamos o doente ao Dr. Maya Faillace afim de proceder á pesquisa direta de bacilos acido-resistentes.

Dois esfregaços foram feitos, um com material colhido da superfície tal qual se apresentava e outro, com material obtido por curetagem dos bôrdos, depois de convenientemente limpa toda a ulceração. Em ambos, os resultados foram positivos, sendo que os bacilos se mostraram mais numerosos no esfregáço feito com material da curetagem.

Essa prática nos parece indispensável, pois é facil supor que em um tuberculoso com bacilos no catarro possa haver em ulcerações de qualquer natureza, bacilos de Koch depositados, sem que tenham ação patogénica no local em que foram encontrados.

Tinhamos, assim, confirmado pela bacteriologia, o diagnóstico clínico da ulcera bucal. O diagnóstico porém não estava completo, pois é sabido que ulceras dessa natureza têm seus pontos de predileção nas mucosas bucal e anal, porque elas são produzidas pela inoculação direta dos bacilos de Koch ao passarem por essas mucosas, trazidos de outras regiões afetadas pelo mesmo mal.

Procuramos então vér as condições do laringe e dos pulmões, enviando o doente ao laringologista — Dr. Guilherme Valentim — que constatou lesões laringeas da mesma natureza e ao Instituto de Radiologia do Dr. Pedro Maciel, que fez radiografias, que evidenciam alterações dos apices pulmonares, aliás facilmente diagnosticadas clinicamente.

O diagnóstico dessas ultimas localizações é indispensável para o racional tratamento da ulcera bucal, pois toda cauterização será inutil e até nociva, uma vez que não se procurem melhorar as condições pulmonares e laringeas, responsáveis na formação da lesão bucal.

Quando observamos o caso, não pensamos fazer essa publicação, motivo pelo qual deixamos de ilustrá-la, com exames histo-patológicos, dispensáveis, diante da confirmação bacterioscópica da natureza do mal e da nenhuma suspeita clínica de associação ou transformação.

Discursos e Conferencias

Discurso pronunciado pelo doutorando Orlando S. Lobo na sessão ordinária realizada em 6 de Julho com a presença da embairada de doutorandos do Paraná.

"Exmo. sr. presidente: Meus Senhores.

Ha uma palavra que resume a vida: o Ideal, e existe um sentimento que enche o coração da mocidade: o Amor. O Ideal faz dos moços a centelha mágica da ação, inflamada pelas mãos divinas da audacia e do trabalho. O Amor é a carícia do destino, com que a beleza e a verdade afagam o espírito ardente da juventude, orientando-a na senda luminosa do dever e do sacrifício, da luta e da coragem, da gallardia e da vitoria.

A visão da realidade

Brotou um dia, irreprimível e sinistra, em nossa alma jovem e sonhadora. E, pelo verbo misterioso e energico, da voz que vem do íntimo, apontou-nos o caminho irrefugivel do dever.

Os nossos olhos, em que ainda brilhavam as cinzas das gerações passadas, viram, num descortino dantesco, as multidões apavoradas e vencidas, nas garras estonteantes da dor e do sofrimento.

E os nossos ouvidos, acostumados á doce melodia de arfar da primavera, ouviram soluções de angustia, gemidos de agonia e gritos de desespero. E as nossas mãos, em cuja pureza eucaristica ainda resplandecia a alvinitente brancura das almas em flor, apertaram em seu bojo mãos trémulas e sangrentas, brutalmente crispadas nos delírios tormentosos das horripilantes e interminaveis ansias de morte.

E o nosso coração, o nosso espírito, todo o nosso ser, confrangeu-se diante da infinita miseria do panorama universal.

Mas quando se ouvia o derradeiro estalido deste beijo tumular da realidade objetiva, passou dentro de nós, com a arrogante violencia das aguias brancas andinas.

A asa de fogo do ideal

que cria e do entusiasmo que eleva. O sangue estuante que nos subiu ao cérebro era o grito selvagem de combate, brotado da altivez legada pelos que passaram e do heroísmo imortal de nossa ancestralidade.

— E' preciso combater a dor — disse-nos o Ideal.

— E' mister que sejais paladinos da epopéia dessa cruzada — gritou-nos o entusiasmo.

O Ideal apontara-nos o caminho. O entusiasmo nos consagrara soldados nessa grandiosa e heroica jornada. Estava traçado o nosso destino. Seríamos médicos, sacerdotes do dever e apostolos do sacrifício.

Fizemos de nossa juventude a chama sagrada de todos os prazeres queimados no altar votivo da Medicina. Fizemos dos livros companheiros inseparáveis, aliados fieis e queridos nas horas amargas de batalha e de luta. Fizemos de nossa observação, de nossa pequena experiência, do nosso esforço pessoal, a lança coruscante com que seremos atirados, amanhã, na rude peleja entre a saúde e a doença, a vida e a morte.

E consagrámos a nossa existência — rosa efemera de purpurino brilho — no templo magestoso do dever e nas aras de sacrifício para o bem da Humanidade.

Com o Ideal, nasceu

O amor

Amor á nossa terra. Amor á nossa gente. Sentimo-nos, então, pequeninos e mesquinhos dentro da infinita grandeza deste gigante americano. E abraçou-nos a ansia de conhecê-lo todo, levando em nossos lábios a palavra evangélica da amizade e em nossos braços o afetuoso abraço de patrícios e de co-irmãos.

Si o norte nos atraía, o sul nos seduziu. E a invencível fascinação dos Pampas trouxe-nos do nosso Estado para conhecermos o vosso meio, gozando de sua beleza, estudando os seus progressos, especialmente médico-cirúrgicos, recebendo as brilhantes irradiações do espírito gaucho, vivendo, na amenidade do vosso convívio, a glória do passado e o esplendor excelsa do presente.

E quiz Deus que tudo isso, — a intensidade do nosso desejo de conhecer o Rio Grande do Sul, a insuperável impressão colhida nas visitas às instituições de ensino médico, fundações hospitalares e laboratórios especializados, as delicadezas inolvidáveis de que temos sido alvo, — quiz Deus que tudo isso culminasse na atenção que nos dispensais, recebendo-nos, a nós soldados da mesma causa, mendigos de sabedoria e de experiência, no seio deste templo, sacrário da ciência médica sul-riograndense, como colegas, como patrícios, e, mais ainda, como legítimos e inseparáveis irmãos.

Nós vos agradecemos

a honra que nos proporcionastes. Nós bem dizemos a grandeza de vossa alma, em que resplandece a superioridade do espírito gaucho. Nós vos saudamos, gratos e entusiasmados diante do que tendes realizado, porque a Medicina e a Cirurgia no Rio Grande do Sul, podem servir de modelo aos demais Estados brasileiros.

O preito de veneração prestado pelo prof. Tomaz Mariante ao estoicismo cívico do povo paranaense e o culto de admiração manifestado pelo prof. Saint Pastous á memória indelevel da bravura de nosso colega Alfredo Bufrem, heroicamente tombado no campo de batalha, pela liberdade do Brasil, calaram fundo em nossa alma palpitante de emoções.

O corpo de Bu frem baixou ás profundezas da terra, mas sua alma idealista e sonhadora; nós a dividimos como a bandeira de Copacabana, e cada um leva a sua partilha, como flama inapagavel de civismo, pela estrada esperançosa da vida e do futuro.

Meus senhores! Com a nossa saudação, queremos tornar publico o honroso encargo confiado pela Associação Médica do Paraná, ao nosso presidente, doutorando Moacir Gareez, de convidar os professores drs. Pedro Maciel, Tomaz Mariante, Guerra Blessmann, Saint-Pastous e Norman Sefton para realizarem conferencias na Faculdade de Medicina do Paraná, e apresentar as nossas homenagens á nobre classe médica sul-rio-grandense, cuja cultura, capacidade de organização e invejável tenacidade são a garantia certa da prosperidade deste Estado, grande por seus homens, imenso por sua gente, luminoso pela ciencia de seus filhos — bravos nos campos de combate, heroicos nas competições da inteligencia e do trabalho, sublimes nas glorioas batalhás contra a dor e o sofrimento, no Ideal supremo de divinizar a vida, nessa ansia insopitável de fazer de sua propria existencia um cantico de Amor a Deus e á Humanidade!

Médicos do Rio Grande do Sul! Em nome da Embaixada de Doutorandos do Paraná eu vos agradeço e comovidamente vos saúdo!

Assuntos de atualidade

Impressões de uma viagem a Buenos Aires

por

Carlos Geyer

(do Laboratorio Geyer)

O cavalheirismo argentino.

ANGEL H. ROFFO e o Instituto de Medicina Experimental para Diagnóstico e Tratamento do Cancer.

SORDELLI e o Instituto Bacteriologico.

MARVAL e o Serviço de Enfermidade do Sangue do Hospital Ramos Mejia.

O cavalheirismo do povo argentino para com o brasileiro é já uma tradição. Onde, porém, culmina, é no trato que os medieos da vizinha nação dispensam aos seus colegas brasileiros, apresentem ou não credenciais que os recomendem e habilitem. Nota-se-lhes o extraordinario prazer que têm em tudo nos facilitar, franqueando-nos os seus serviços hospitalares, abrindo-nos os seus laboratorios, prestando-nos com a maxima solicitude as informações e esclarecimentos que lhes são solicitados.

E tudo isto fazem com tal simplicidade, que encanta e cativa a quem deles se acerca.

Nada é segredo para eles. O que sabem transmitem sem reservas. Esse, aliás, o orgulho mui justificado que têm. São homens superiores para os quais a ciencia está acima de tudo.

Aí estão refletidas, em poucas linhas, as justas impressões que colhi em minha recente viagem a Buenos Aires, viagem que me proporcionou o encontro tão grato de conhecer de perto uma pleiade de medieos, jovens em sua grande maioria, inteiramente consagrados ao culto da ciencia médica, á qual se dedicam com superior carinho, indiferentes por completo a interesses menos nobres, visando apenas o bem estar dos seus semblantes e o engrandecimento da medicina de sua Patria.

Angel H. Roffo e o Instituto do Cancer

Entre os da velha geração, posso citar, como exemplo frisante, Angel H. Roffo, esse grande sabio universalmente afamado através da sua extraordinaria e valiosa obra sobre cancer, a cujos trabalhos tem de-

dicado o melhor de suas energias, principalmente nestes ultimos quinze anos no "Instituto de Medicina Experimental para o Diagnóstico e Tratamento do Cancer", onde o seu trabalho, reforçado agora pela preciosa colaboração do seu filho, tem sido verdadeiramente notável, quer no que respeita aos estudos sobre a etiopatogenia dos tumores malignos em geral, quer quanto aos ensaios, já coroados experimentalmente do maior exito, que vem fazendo para o tratamento do cancer com ondas ultracurtas, eritrosina, etc.

Tudo isto dele mesmo ouviremos quando, mui brevemente, nos der a honra de sua visita, atendendo ao convite que lhe será feito pela nossa Faculdade, de par com a Sociedade de Medicina.

Sordelli e o Instituto Bacteriologico

Deixo, para não me extender muito, de falar em outros importantes serviços que tive oportunidade de visitar, como por exemplo o Instituto Bacteriologico, sabiamente orientado por Sordelli, da moderna geração, figura tambem de grande relêvo da medicina argentina, cuja fama já ultrapassou as fronteiras do paiz, e que tem colaboradores como Wernicke, D'Alessandro, Miravent, Negroni e tantos outros.

Marval e o Serviço de Enfermidades do Sangue

E' desejo meu, por hoje, referir-me especialmente ao Serviço de Enfermidades do Sangue do Hospital Ramos Mejia, dirigido pela grande competencia do Dr. Luiz Marval, cuja irradiante simpatia a todos atrae e seduz.

E' um serviço modelar, unico existente na Republica Argentina e talvez na America do Sul. Modelar por sua organização material que é excelente, como se depreende das fotografias que ilustram esta nota, pois ao lado de suas enfermarias para homens, mulheres e crianças, possui um bem montado laboratorio, onde são feitas todas as análises requeridas pelos casos, principalmente de sangue, desde a numeração de globulos á mais delicada pesquisa bioquímica. Possui ainda completa instalação de raios X para diagnostico e aplicações terapeuticas.

Mas não é modelar só por sua organização material, senão e principalmente por sua organização tecnicá e científica a cargo de um luzido corpo de medicos especializados em enfermidades do sangue, como é por exemplo o seu diretor Dr. Marval, que aperfeiçoou os seus conhecimentos na Alemanha, ao lado de Hirschfeld, — de medicos internistas, cirurgiões, especialistas em dietética, laboratorio, etc., etc., perfazendo um total de quatorze profissionais, que são os seguintes: Dres. Rodolfo Pons, Musso, Guido Loretti, S. Bomchil, Loureiro, Ferrer, Rochaix, Saganstrumé, Tapela, Surutuza, Viglino, Celia Simonetti (chefe do laboratorio) e Lorenzo Delpino (chefe de química biológica).

Afóra o serviço de suas enfermarias, por onde passam anualmente mais de seiscentos enfermos, das mais variadas hemopatias, e cujas observações são rigorosamente fichadas conforme o modelo que se vê no fim desta notícia, atendem ainda diariamente em seu consultorio uma media de quarenta enfermos, cujo tratamento não requer hospitalização.

Os que baixam ao serviço são submetidos a rigoroso exame clínico, seguido de todas as análises de laboratório necessárias à perfeita elucidação do caso. São-lhes feitas as indispensáveis pesquisas hematológicas, tais como hemograma completo, inclusive contagem sistemática de reticulocitos e plaquetas, tempo de hemorragia e coagulação, prova do laço (Rumpel-Leede), sedimentação globular, reações de Wassermann e Kahn, determinação de grupo, de grande valor, já para uma possível transfusão, já porque assim procedendo poderão talvez determinar, com o tempo e após bom número de casos, possíveis influências hereditárias e outras, deste fator como elemento predisponente à eclosão de certas hemopatias, etc.

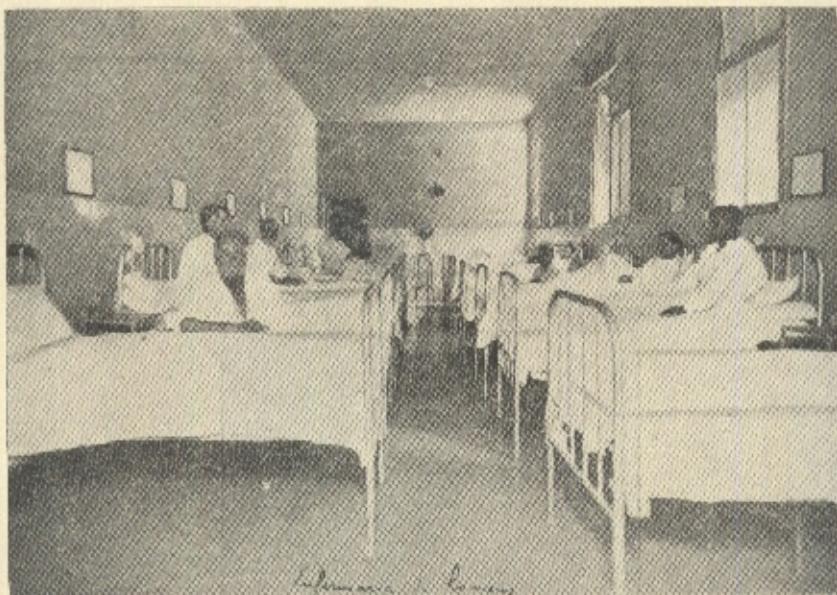


Dr. Luiz Marval

Afóra isso, executam ainda em todos os casos de anemias, análise completa do suco gástrico, dado o alto valor que tem a presença ou ausência do ácido clorídrico para o diagnóstico diferencial entre anemias secundárias e de Biermer.

Mas, nem sempre bastam esses exames, bem que rigorosamente feitos. Casos há em que mister se torna surpreender no mais íntimo recesso dos órgãos hematopoiéticos a sua respetiva função, se normal, fisiológica, ou se anormal, determinando neste caso como reagem os seus elementos primordiais, progenitores das células sanguíneas, da série vermelha como da branca. E isso só se consegue pela biopsia, que lá no Serviço de Enfermidades do Sangue do Hospital Ramos Mejia é praticada correntemente.

Não pôde mesmo o hematologista consciente dela prescindir. Como diagnosticar com segurança, por exemplo, uma mielose aleucêmica, sem a biopsia da medula? Como precisar se se trata de anemia aplástica ou pseudo-aplastica, se não se indaga da medula óssea como reage?



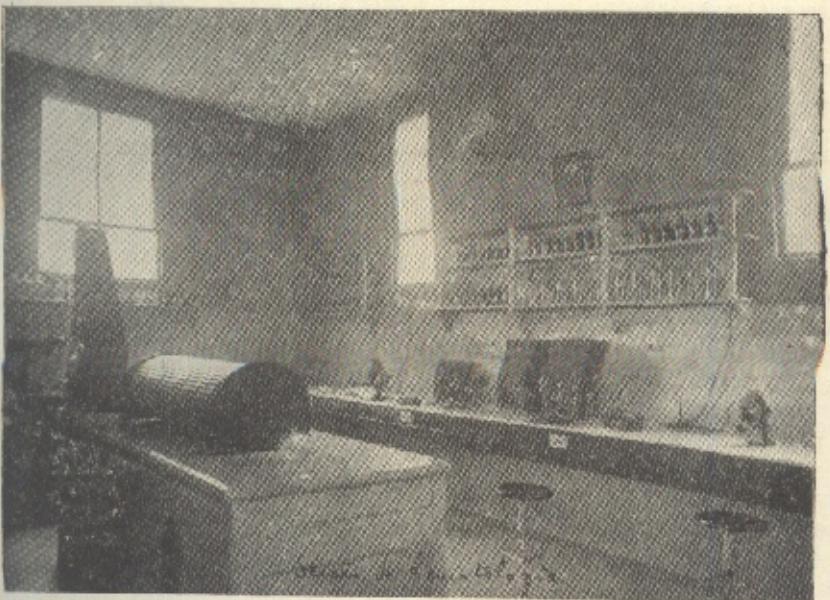
Enfermaria de homens



Enfermaria de mulheres



Laboratorio — Seção de bioquímica



Seção de hematologia

Como afirmar o diagnostico da linfogranulomatose maligna sem a biopsia do gânglio, por punção ou corte? Vejam o extraordinario valor da punção do baço nos casos de linfogranulomatose esplenica isolada, pura, com a segura determinação dos elementos que lhes são caracteristicos: células de Sternberg ao lado dos neutrófilos, eosinófilos, etc., elementos estes que se não encontram associados nas outras hemopatias esplenomegalicas.

E não só nesses casos tem valor decisivo a biopsia dos órgãos hematopoieticos, senão ainda na grande maioria dos casos de anemia perniciosa de forma pouco precisa, em os quais não existem clinicamente ou pela analise do sangue elementos suficientes para o estabelecimento firme do diagnostico, e em quasi todos os casos de leucemia aguda, principalmente de células indiferenciadas. Nessas hemopatias, a biopsia da medula, ganglio, etc., é de relevante utilidade e só com ela o diagnostico pôde ser estabelecido de forma concludente.

* * *

Referimo-nos, linhas acima, á biopsia por punção ou corte. E' que tanto um processo como outro oferecem a mesma segurança nas adenopatias, tendo, até, a punção, a meu ver, maior vantagem, já pela rapidez de execução, pois entre colheita do material e coloração do esfregaço não se necessita mais de meia hora, já pela maior nitidez dos elementos figurados, cuja diferenciação nem sempre é bem nítida nos cortes.

O Dr. Marval prefere, para a biopsia de ganglios, a punção. A este respeito está sendo organizado um trabalho interessante que deverá ser apresentado no proximo Congresso Medico Argentino que se realizará, ainda este mez, na cidade de Rosario, trabalho da autoria do Dr. J. A. L. Gonzalez e que tem por titulo: "Valor diagnostico comparativo entre a biopsia por punção e por corte nas adenopatias e tumores".

Isso tudo, como vêm, possibilita aos medicos assistentes trato continuo e tão grande com as molestias do sangue, que diagnostico e tratamento têm forçosamente de ser muito mais precisos e eficientes do que em qualquer outro serviço não especializado, tudo revertendo em beneficio do doente.

Haja vista, por exemplo, a importancia do diagnostico nos casos em que só á cirurgia pôde recorrer o clinico para a cura de seu enfermo, como na ietericia hemolitica, para a qual a esplenectomia é o recurso heroico. Vi a respeito fichas de diversos casos, alguns operados ha mais de dois anos, em os quais a esplenectomia foi-lhes verdadeira ressurreição.

Assim tambem nos casos de purpura grave recidivante, apresenta o serviço excelente estatistica de cura após esplenectomia.

Foi com verdadeiro entusiasmo que o Dr. Marval mostrou-me dous enfermos portadores de anemia secundaria á anelostomia tratados pelo metodo brasileiro preconizado pelos Drs. Walter Cruz e Helion Póvoa e que lhe foi transmitido pelo prof. Lafayette Ferreira da Faculdade do Rio, quando em visita ao Serviço de Enfermidades do Sangue. Consiste este tratamento, como todos sabem, na administração de altas doses de ferro reduzido. Os resultados são extraordinarios. Em um dos enfermos a crise reticulocitaria foi intensa ao fim de poucos dias, passando de 2 a 40% a taxa de reticulocitos; as hematias de 900 passaram

NOMBRE C. M. de M.	NOMBRE C. M. de M.
EDAD 23	EDAD 23
ESTADO COAHUILA DE ZARAGOZA R. D.	ESTADO COAHUILA DE ZARAGOZA R. D.
Domicilio Hacienda Benito Juárez	Domicilio Hacienda Benito Juárez
INCUBO 24	INCUBO 24
ENTREVISTA	ENTREVISTA
ESTADO COAHUILA DE ZARAGOZA	ESTADO COAHUILA DE ZARAGOZA

Antecedentes: -Paciente hospitalizado en una escuela.

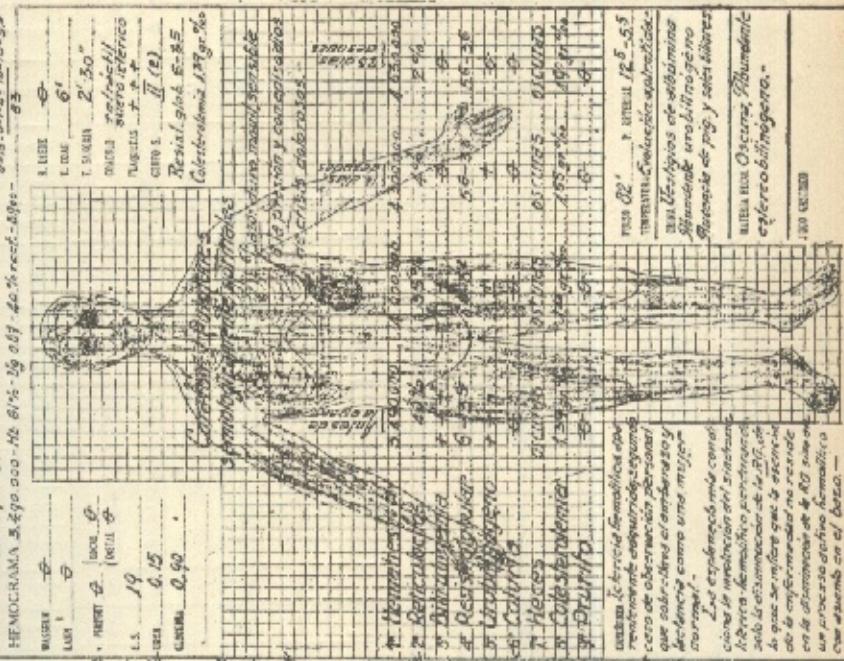
Este se trinca y se rompe. Los dientes desprendidos se pierden para con su normal por dolor y humectación del diente. El diente de interior tiene sin duda la función de los huesos, pero las óseas y dentales están separadas. El dolor es doloroso y desprendible, con interacciones de dentro de la cavidad y con el exterior, con una intensificación de la actividad. Yo con la enfermedad dental tiene un segundo trigo también normal. (Dra. L. M. Gómez)

Na terceira este embate se encontrava sempre o mesmo, sempre seu calor intenso permanecendo igualmente. Um momento no entanto o seu dos filhos. Chegou hora de novo - fechou-se alguma vez quando na envia compreenderam formidável. Faz um mês fava um apelido de leãozo e micozinho.

aparecerán el derecho que tiene el dueño de la actividad y el servicio de la prensión, el servicio gráfico; no tiene derechos. Como embajador tienen derechos y tienen que tenerlos. Los derechos de los medios de comunicación se tienen que respetar.

El examen somático actual: -22- d/c- -1935- se realizó con el diligenciamiento generalizado con fin de establecer el nivel de consciencia, el denominativo figurante el interés o la presión, entre las cuales escuchas, examen de la vista y examen objetivo es negativo.-

Los errores fisiológicos causados por los consignados en el síndrome clínico, recientemente descritos del gráfico, están al



Reprodução de uma observação (anverso)

FECHA	HEMATOS NRO.	FÓRMULA LEUCOCITARIA										CONSIDERACIONES GENERALES E INVESTIGACIONES ESPECIALES			
		NEUTROFILOS	LEUCOCITOS	NEUTROFILO-L	NEUTROFILO-M	NEUTROFILO-G	ESPECIALIZADOS	MONOCITOS	EOSINOFILOS	LEUCOCITOS-N	LEUCOCITOS-P				
1933 abril 23	349000 67	65	40	4	500	0	13	0	000-1	4	70	10	55	0	Hemofilia y plaquetas normales
1934 Enero 8	Ej. de la paciente	-	-	-	-	0	1	000-2	45	25-65	35	45	0	Otro que otro consignado de Sally	
1934 Enero 11	11	11	7	1	500	0	000-3	45	40	1	10	0	Splenomegalia-Reto. n.c. et Sally. Illuminante positivo		
1934 Enero 10	400000 70	69	55	12	750	0	000-0	45	51.5	25	135	0	Retardos normales. Hiperplasia granulocitica-Cel. Sally 2 u.s. por campo sanguineo vacuado -		
1934 Enero 30	425000 77	65	2	6	550	1	000-0	7.5	55.5	25	85	0	Hemofilia normal - Cel. Sally numerosas		

Resumen sintético de las observaciones, para lo que se recuerda la cirugía de la paciente, lo que fue practicado por el Dr. Delfín del Valle el 8 de Enero de 1934 sin contratiempos, restando un poco de sangre en el filo de la sierra que con pernos de hierro, púrpura roja de coloración sumamente, sobre lo que resultan numerosos coagulos que —
 Trasplante y cierre estomachico histológico responderán las imágenes habituales del bazo en la intervención hemorrágica. — La paciente tiene una excelente post. operatoria, prácticamente, sin complicación, sin variación en peso ni movimiento febril. Conservamos como datos interesantes que una hora después de la splenectomía ya observamos corporaculitos de Sally en la sangre. La regeneración se hace rápidamente y disminuye paralelamente la reticulocitosis. El hematograma es normal. — El síndrome clínico-hemoral de la intervención hemorrágica ha desaparecido totalmente, exceptión de la intensidad de la resistencia a la fuerza que no ha sido grande. En la actualidad la paciente presenta un tono bien trastado de salud y fuerza, tiene buen apetito, buenas expectativas, sin complicaciones, con actividad física normal, por lo que se eleva el alta el 30 de Febrero del 1934. —

ao fim de três semanas a quasi 4.000.000, alcançando ao fim de meia á cifra normal. O mesmo se observou com a hemoglobina.

O outro enfermo, apesar de continuar parasitado, obteve resultado idêntico.

O Dr. Marval aproveitou o ensejo para declarar-se um grande admirador da medicina brasileira e dos seus cultores, aos quais fez as melhores referencias.

Como uma amostra, a mais, da extraordinaria vantagem que ha de um serviço assim especializado, veja-se a relação dos trabalhos que vão ser apresentados ao Congresso de Rosario, atestando a variada e enorme copia de material científico que vão acumulando. São os seguintes:

Hematologia química da leucemia. Drs. Luiz Marval e Celia Simonetti.

Porfirinuria congenita e ictericia hemolitica. Resultados afastados da esplenectomia. Dr. Rodolfo Pons.

Anemia eritrofágica no linfogranuloma maligno. Drs. Marval, Pons e J. M. L. Gonzalez.

A anergia tuberculinica no linfogranuloma maligno (julgado através da reação de Von Pirquet). Dr. R. Pons.

Anemias preleucémicas. Dr. Guido Loretti.

Purpuras frustas. Drs. Marval e S. Bruno.

Esplenomegalia cirúrgica. Drs. Marval e S. Bomchil.

Agranulocitose e leucemia. J. Loureiro e A. Musso.

Valor diagnostico comparativo entre a biopsia por punção e por corte nas adenopatias e tumores. Dr. J. M. L. Gonzalez.

Tratamento da anemia ancilostomiasica. Dr. Marval.

A leucemia aguda, enfermidade infecciosa. Considerações sob bases clínicas. Dr. Marval.

Remissão, estado de equilíbrio e recidiva na leucemia mieloide crônica. Dr. Marval.

Não visa outra finalidade, a publicação dos dados acima, senão a de patentear, de forma iniludível, a grande vantagem que ha, não só para o povo em geral (e dizendo povo, digo enfermos) como para os médicos em particular, da criação em todos os centros mais populosos como é já o nosso, de serviços moldados pelo do Hospital Ramos Mejia de Buenos Aires.

Certo estou de que não longe vem o dia em que em todas as capitais e grandes cidades serão instalados serviços especiais para o diagnóstico e tratamento das molestias do sangue.

Seja este o primeiro passo dado para a fundação proxima, em nosso meio, de uma instituição desse gênero.

*

* * *

Não desejo finalizar este relato sem testemunhar o meu público reconhecimento ao Dr. Luiz Marval e aos seus dignos assistentes, especialmente aos Drs. Guido Loretti e C. Simonetti, pela fórmula gentil por que me receberam e trataram, reconhecimento que torno extensivo aos Professores Alfaro, Roffo, Argañaraz, Pedro Maissa e Ventura Morera e aos Drs. Attilio Tiscornia, Nocetti, Pavía, D'Alessandro, Miravent e Picaluga por tudo me haverem facilitado na bela Capital Portenha.

Pediatria

TRADUÇÃO DE FLORENCIO YGARTUA

DOCENTE E CHEFE DE CLINICA PEDIATRICA MEDICA E HIGIENE INFANTIL

(Continuação)

O Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Yowa dirigiu a pediatras de renome uma série de quesitos relacionados à alimentação infantil. O conhecido e eminente Prof. Luis Morquio assim responde:

Pergunta:

14 — Conviria imitar a composição química do leite humano ao confeccionar fórmulas de alimentação artificial?

Resposta:

Durante muito tempo empregámos o leite maternizado tipo Backhaus na alimentação mista e na alimentação artificial completa. Temos a impressão de ser um bom alimento, si é bem preparado, e cuja composição se vai modificando em relação com a idade.

Em nosso meio deixou de ser preparado, porque sua aplicação se limitava a manter uma indústria. Por outra parte, a alimentação de peito tem progredido, tornando menos necessária aquela preparação. É-nos mais fácil, também, encontrar leite de vaca fresco e bom. Quando é preciso ajuntar ou dar à criança, menor de seis meses, procurámos, pela diluição ou por alguma substância, que facilite a digestão (extracto de malte, pognina), fazendo-o mais assimilável.

15 — Produzirá mau resultado o permitir que a criança ingira, em cada mamadeira, toda a quantidade que deseja de uma boa fórmula de alimentação?

Na alimentação de peito, desejamos que a criança mame quando quiser, salvo exceções. Consideramos em geral, que a regulamentação na alimentação de peito pode ter mais inconveniente que o regime de liberdade que tem suas provas naturais, particularmente nos meios operários, porque em condições normais, a criança se regula sózinha, porque se evitam as sugestões que são perniciosas para as mães e porque em realidade a criança não enferma seriamente ainda quando se excede. Entretanto a hiperalimentação é tolerada até limites elevados.

dando sempre tempo a reparação. Outra causa é quando se trata de alimentação artificial. Assim, como tudo é difícil, tudo também é perigoso. Por isso, assim como a qualidade deve ser especial, a quantidade deve ser rigorosamente a que se considera necessária, dentro das fórmulas que temos indicado.

16—Como opina V. S. acerca da vantagem ou desvantagem do crescimento ruído, que frequentemente acompanha a alimentação com leite acido?

17—Considera V. S. que as normas, geralmente, aceitas para o aumento de peso na criança pequena representam a proporção ótima para a criança normal?

Deverão ser levadas em conta de fator determinante ao calcularem-se as necessidades alimentícias da criança?

18—Que tipo de açúcar aconselha V. S. adicionar às fórmulas de alimentação infantil? lactose? sacarose? dextrose? xarope de milho? açúcar patentado? Si a última, qual é a que prefere?

Entendemos que o crescimento normal depende: 1.º do estudo constitucional. 2.º das condições de saúde. 3.º da boa alimentação. Rara vez a criança alimentada artificialmente oferece condições de nutrição normal, ainda mesmo que o peso seja igual ou maior do que o relacionado com a média correspondente. Não acreditamos, em geral, que o leite acido possa ter vantagens sobre o leite integral simplesmente diluído ou adicionado de farinhas.

Empregámos, geralmente, o açúcar comum de cana, refinado. Tem uma vantagem prática e uma vantagem económica. Ainda mais, a experiência demonstra que só por exceção apenas se pode recorrer a outro açúcar. Afigura-se-nos que se tem abusado da lactose e dos açúcares patenteados, esperando-se dessas substâncias, mais do que em realidade são capazes de dar.

19—Que quantidade de açúcar recomenda V. S. associar à alimentação diária? Calcula V. S. esta quantidade de acordo com o total das calorias, que proporciona o açúcar, ou com a proporção do açúcar na fórmula ou por outro método?

Pouco mais ou menos 5 por 100 do conteúdo da mamadeira, tomando como base de apreciação a colher de uso comum. Nos casos em que se tem necessidade de aumentar as calorias, aumenta-se o conteúdo de açúcar ou de outro hidrocarbonado, sempre que não existem outras contraindicações.

- 20 — a) Emprega ou recomenda o uso de algum alimento patenteados?
 b) Considera V. S. que preenchem uma verdadeira necessidade na alimentação infantil?
 c) Deverá fomentar-se sua fabricação e seu uso?
- 21 — Recomenda ou condena V. S. a divulgação de formulas aceitáveis de alimentação infantil, quando a tomem a si:
 a) o governo
 b) as juntas de Saúde Pública
 c) as organizações particulares, ou
 d) as fábricas de alimentação?
- 22 — Reputa V. S. a prática actual ou alimentação infantil por parte do médico geral:
 a) adequada ou
 b) inadequada?

Tanto quanto possível, empregamos alimentos frescos com base de leite de vaca e de farinhas frescas. Os leites secos são pouco empregados em nosso meio; só nos casos onde falta leite fresco, ou em circunstâncias patológicas. Não obstante faz-se intensa propaganda comercial com produtos estrangeiros.

A qual, sobre desnecessária, apresenta o inconveniente de fazer crer às mães não preparadas que esse alimento é uma panaceia, capaz de substituir o peito com vantagens.

Quando as formulas, aconselhadas pelas autoridades sanitárias, são estabelecidas dentro dos princípios da alimentação adequada, devem ser aceitas. Isso será também, para a propaganda. E' o que por igual fazemos no ensino da puericultura, especialmente nas famílias pobres, procurando inculcar as noções necessárias, úteis para a alimentação da criança.

Condenamos as formulas e a propaganda quando existem erros ou quando existe francamente um espírito comercial, sempre prejudiciais à boa higiene ou à boa dietética.

Observamos com muita frequência, erros de ordem médica, na alimentação infantil. Todo médico considera-se habilitado para aconselhar alimentos ou para substituí-los. Muito frequentemente indica preparados industriais.

Onde sua ação pode ser nociva é quando suprime ou modifica a alimentação de peito por motivos não compreendidos ou errados.

Pensamos, que a saúde e a vida da criança dependem, em grande parte da alimentação; por conseguinte, esta deve ser olhada sempre seriamente e tudo, que importe uma modificação deve ser encarada como muito importante.

Só na verdade, os médicos, em geral, recebem na Faculdade ensinamentos de Pediatria e de Puericultura, com o tempo e outras actividades, adquirem outros conhecimentos e outro critério clínico que os desviam das verdadeiras necessidades da criança.

Por isso entendemos que a alimentação da criança deve ser dirigida por um médico de crianças, quem por sua experiência e seu critério especializado, pode apreciar com exatidão essa questão essencialmente prática.

23 — Que medidas sugeria V. S. para melhorar a prática da alimentação infantil?

A educação dos pais, o ensinamento prático ou puericultura. Insistir sobre a conveniência da alimentação de peito.

Bom leite de vaca, leite de vaca para crianças, empregado em quantidade e qualidades indicadas.

Direção da alimentação por um pediatra experiente.

24 — Prescreve ou recomenda V. S. o uso de

- a) óleo de fígado de bacalhau?
- b) outro óleo de peixe?
- c) óleo concentrado, e de que tipo? ou
- d) outra forma de vitaminas D?
- e) que dose emprega? Como as varia, atendendo a idade da criança?
- f) quando recomenda empregá-la?
- g) a idade recomenda suprimi-la?
- h) suprime a V. S. em que podem fazer-se aplicações de luz solar?
- i) Acredita que existe a necessidade ou conveniência do uso profilático dos concentrados da vitamina D, como tal ou como reforço dos óleos de peixe?

Vivemos num país onde abundam o ar e o sol, com grandes costas de mar, razão pela qual as vitamínose são raras. Entretanto, às vezes é necessário melhorar a nutrição em crianças distroficas, congenitas ou adquiridas. Neste caso, empregamos no inverno o óleo de fígado de bacalhau, puro ou em forma de emulsão preparada no país, na base de fosfatos, de extratos de malta, etc.

(Continua).

Sociedade de Medicina

Atas

Ata da sessão realizada em 22 de Junho de 1934 em uma das salas do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Acha-se na presidencia o Dr. Gabino da Fonseca. A sessão é aberta com a presença dos socios Drs. Pedro Pereira, Kanan, Luiz Rothfuchs, Florencio Igartua, Salvador Gonzales, Norman Sefton, Homero Jobim, Saint-Pastous, Mario Bernd, Carlos Hofmeister, Helio Medeiros, Luiz Faïet, Hugo Ribeiro, Carlos Bento, Loforte Gonçalves, Valdemar Niemeier, Plinio Gama, Joaquim M. Difini, Nestor Barbosa, Alvaro Ferreira, H. Weinmann e Norberto Pêgas.

O presidente manda proceder a leitura da ata da sessão anterior que é aceita sem emendas.

Pelo Dr. Mario Bernd é proposto como socio efetivo o Dr. Fernando Lartigau.

Os Drs. Luiz Aragon, Celestino Prunes, Carlos Milano e Jaime Domingues são aceitos por unanimidade.

E' dada a palavra ao Dr. Salvador Gonzales que lê um trabalho sobre proteção à infancia.

O Dr. Carlos Hofmeister propõe que o Dr. Gonzales seja incluído na comissão nomeada em sessão anterior para estudar o assunto. O Dr. Pedro Pereira propõe ainda, para completar a referida comissão, que sejam incluídos os nomes dos Drs. Carlos Hofmeister e Florencio Igartua. Estas propostas são aceitas pela casa. Emitem ainda opinião sobre o trabalho do Dr. Gonzales os Drs. Florencio Igartua e Plinio Gama.

Mais adiante o Dr. Carlos Bento prende a atenção dos presentes com um trabalho em que estuda o desenvolvimento psíquico da criança. O Dr. Florencio Igartua tece comentários em torno do assunto.

O Dr. Saint-Pastous lê detalhada observação de glicosuria extra-insular. Extende-se o relator numa série de interessantes considerações em torno da prova da hiperglicemia diagnostica.

Em seguida o presidente encerra os trabalhos.

Porto Alegre, 22 de Junho de 1934.

Helmuth Weinmann — 1.º Secretario.

Ata da sessão realizada em 29 de Junho de 1934, na sede do Sindicato Medico.

Os trabalhos são presididos pelo Dr. Gabino da Fonseca.

Acham-se presentes os socios Drs. Raul di Primio, Custodio Vieira da Cunha, E. J. Kanan, Carlos Hofmeister, Salvador Gonzales, Edegar Eifler, Pedro Pereira, Silvio Baldino, Saint-Pastous, Dinarte Silveira Martins, José Medeiros, Cassio Annes Dias, Joaquim M. Difini, Annes Dias, Francisco Marques Pereira, Pedro Mota e H. Weinmann.

O presidente inicia a sessão, referindo-se em termos altamente elogiosos á personalidade de Annes Dias que, merecidos aplausos conquistou, para a medicina sul-riograndense, em sua recente excursão aos Estados do Norte.

A' ata da sessão anterior não são apresentadas emendas.

O dr. Fernando Lartigau, proposto como socio efetivo na reunião anterior, é aceito unanimemente.

São propostos como socios efetivos os drs. Perei Louzada, Rubens Pena e Pedro Mota, respetivamente pelos drs. Di Primio, Kanan, Saint-Pastous.

Em seguida toma a palavra o dr. di Primio, inscrito na ordem do dia. O conferencista extende-se numa serie de interessantes considerações em torno do tema "Influencia dos fenomenos metereologicos sobre os parasitos e parasitos".

Pede a palavra o prof. Annes Dias, para agradecer ao dr. di Primio por tê-lo citado em seu trabalho. Concita-o ainda a proseguir os estudos sobre o assunto em apreço ao qual presta eficiente contribuição com o trabalho que acaba de ser ouvido pela casa.

Mais adiante o dr. Saint-Pastous apresenta tres observações referentes a doentes portadores de "síndrome de Meige". Com farta documentação discute o diagnóstico diferencial e refere-se ainda á questão terapêutica em semelhantes casos.

Dado o adiantado da hora, o presidente encerra a sessão.

Porto Alegre, 29 de Junho de 1934.

Helmuth Weinmann — 1.º Secretario.

Ata da sessão realizada em 6 de Julho de 1934, em uma das salas do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Acha-se na presidencia o dr. Gabino da Fonseca. E' convidado para tomar lugar na mesa que dirige os trabalhos o doutorando Moacir Garcez, chefe da missão acadêmica do Paraná, cujos componentes foram especialmente convidados para a sessão de hoje.

Alem de regular numero de doutorandos desta capital, notam-se os socios drs. Leonidas Escobar, Norman Sefton, Norberto Pégas, Saint-Pastous, E. J. Kanan, Mario Bernd, Salvador Gonzales, Luiz Rothfuchs, Loforte Gonçalves, Saverio Truda, Gaspar Rogerio Sarmento Leite, Francisco Marques Pereira, Vieira da Cunha, Pedro Pereira, Carlos

Hofmeister, Plinio Gama, Tomás Mariante, Hugo Ribeiro, Florencio Igartua, Montano Difini, Valdemar Niemeier, Helio Medeiros, Leonidas Machado, Carlos Bento, Alvaro Barcelos Ferreira e H. Weinmann.

O presidente determina a leitura da ata da sessão anterior a qual é aprovada sem emendas.

O expediente consta de dois ofícios da Federação Operaria: um, oferecendo o relatório do Congresso Operário, outro, solicitando o serviço profissional especializado, para atender a um operário. Desencumbriu-se desta tarefa o dr. Valentim.

Passando-se à votação de novos sócios, são aceitos unanimemente os drs. Perci Louzada, Rubens Pena e Pedro Mota.

O presidente, dr. Gabino da Fonseca, dá inicio à sessão proferindo palavras de saudação aos visitantes.

Toma a palavra o prof. Tomás Mariante, para se referir com entusiasmo, ao valoroso povo do Paraná. Prende, em seguida a atenção dos ouvintes com interessante comunicação verbal, de um caso de paralisia bulbar astenica que estudou no serviço hospitalar do Dr. Godoi. O dr. Salvador Gonzales tece considerações em torno do assunto. O dr. Saint-Pastous saúda igualmente os acadêmicos e recorda o valor cívico do povo paranaense durante o período revolucionário de 30. A seguir, relatou minuciosamente uma observação referente a um docente portador de obstrução do piloro. O dr. Saint-Pastous extende-se numa série de interessantes considerações de ordem clínica que conduziram à precisão do diagnóstico e consequente terapêutica cirúrgica. O dr. Gabino da Fonseca faz algumas considerações em torno do mesmo caso. O doutorando Moacir Garcez agradece a homenagem prestada à embaixada acadêmica do Paraná e cede a palavra ao interprete da turma.

O doutorando Orlando Sprenger Lobo profere eloquente oração que será publicada nos "Arquivos" da Sociedade por proposta do dr. Leonidas Escobar.

Logo em seguida o presidente dá por encerrada a sessão.

Porto Alegre, 6 de Julho de 1934.

Helmut Weinmann — 1.º Secretario.

Ata da sessão realizada em 13 de Julho de 1934, em uma das salas do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

Os trabalhos são presididos pelo dr. Gabino da Fonseca.

Acham-se presentes os sócios seguintes: Drs. Kanan, Helio Medeiros, Salvador Gonzales, Norman Sefton, Pedro Mota, Pedro Pereira, Luiz Rothfuchs, Antero Sarmento, Rubens Pena, Norberto Pégas, Hugo Ribeiro, Joaquim Montano Difini, Plinio Gama, Carlos Bento, Alvaro B. Ferreira e H. Weinmann.

A ata da sessão anterior não sofre emendas.

O expediente consta de um cartão de agradecimento da família Miguel Couto.

A seguir, o dr. Norman Sefton apresenta um caso de poliartrite

com reação ganglionar generalizada. O dr. Pedro Pereira manifesta-se sobre o assunto.

Pede a palavra o Dr. Hugo Ribeiro, para relatar um caso de sua clínica particular referente a uma úlcera tuberculosa, localizada no véo do paladar. Esta observação é comentada pelo dr. H. Weinmann. Mais adiante o dr. H. Weinmann cita um caso de blastomicose pulmonar. Resalta ainda o valor do exame histológico, como orientador das imagens microscópicas de natureza folicular.

O dr. Hugo Ribeiro apresenta uma observação de tuberculide folicular. A observação do dr. Hugo Ribeiro é acompanhada de farta documentação microfotográfica e laboratorial.

O dr. Helmuth Weinmann apresenta diversas microfotografias de um trabalho sobre amiloidose que será publicado pelo prof. Tomaz Mariante. Por último o dr. Alvaro Ferreira extende-se em considerações em torno de uma nova classificação das nefrites proposta por Rathery e Froment.

Em seguida o presidente encerra a sessão.

Porto Alegre, 13 de Julho de 1934.

Helmuth Weinmann — 1.º Secretario.

Ata da sessão realizada em 20 de Julho de 1934, em uma das salas do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

Acha-se na presidência o dr. Gabino da Fonseca.

A sessão é aberta com a presença dos sócios drs. Rubens Pena, E. J. Kanan, Norberto Pégas, Leonidas Machado, Hugo Ribeiro, Vieira da Cunha, Salvador Gonzales, Luiz Rothfuchs, Mario Bernd, Antero Sarmento, Joaquim M. Difini, Florencio Igartua, Tomaz Mariante, Loforte Gonçalves, Carlos Bento, Helio Medeiros e H. Weinmann.

A ata da sessão anterior é aprovada sem emendas. São propostos para sócios efetivos os drs. Darcí Rocha e Amarilio Macedo, respetivamente pelos drs. Antero Sarmento e Gabino da Fonseca.

O prof. Tomaz Mariante cita um caso de paralisia facial periférica. Extende-se em considerações de ordem clínica e termina referindo-se aos resultados satisfatórios obtidos com os raios infra-vermelhos. O dr. Igartua borda comentários em torno de três casos de doença de Heine-Medin observados em sua clínica em curto espaço de tempo. O dr. Loforte emite opinião sobre o assunto.

A seguir, o dr. E. J. Kanan, propõe que seja realizada mensalmente uma sessão dedicada à leitura de resumos de revistas. Esta proposta é discutida pelos drs. Tomás Mariante, Mario Bernd, Leonidas Machado e Hugo Ribeiro e a casa termina por aceitá-la.

Logo em seguida é encerrada a sessão.

Porto Alegre, 20 de Julho de 1934.

Helmuth Weinmann — 1.º Secretario.

Analises de revistas

Preparação do glutatião (Hopkins, Biochemical Journal, CV, 1921, p. 286—303).

1) Levam-se á ebullição tres vezes com 3 volumes sucessivos de agua em recipiente de ferro esmaltado, 45 quilogramas de levedo fresco de cerveja.

Convém usar para cada extração 10 litros d'agua, para a quantidade de levedura mencionada.

Filtrase o extracto a quente por através de um funil de Büchner, lavandose cuidadosamente o residuo do fermento com agua quente.

Misturam-se os tres extractos.

Neutralizam-se parcialmente com uma solução de soda diluída, ficando, no entanto, levemente acido ao tornasol.

Ajunta-se então acetato neutro de chumbo, até que desse a precipitação que ele provoca.

Deixa-se o conjunto em repouso, sifonando-se o liquido que sobrenada.

Filtrase então o precipitado por meio de grandes funis de Büchner.

Lava-se abundantemente com agua fria.

Pulveriza-se o precipitado plumbico em um gral.

Extrai-se, depois, com ácido sulfurico N/2 até que o extracto fresco já não dê reação com o nitroprussiato.

Com algum cuidado, pode-se conduzir esta operação até obtenção de sulfato de chumbo, livre de qualquer substância reagente. Ao passo que o extracto contém ao contrário relativamente pouco ácido sulfurico.

O extracto sulfurico atinge geralmente o volume de 12 litros. Ajunta-se então uma pequena quantidade de acetato de uranio até que uma pequena quantidade de liquido filtrado dê uma reação castanho-escura com o ferrocianeto de potassio. Ajunta-se de novo em excesso agua de barita quente e saturada, até que desse toda precipitação. Seca-se então esse precipitado. Lava-se com agua fria.

Nesse momento, grande proporção de polipeptides foi precipitada pelo chumbo, tendo sido separada da maior parte de ácido fosforico.

O bario foi subtraído em forma de sulfato, do filtrado que mede 20 litros pouco mais ou menos.

Precipita-se então o filtrado separado do sulfato de bario por meio de uma solução de sulfato de mercurio acido, de que se não deve empregar um excesso demasiado grande.

Lava-se bem o precipitado mercurico.

Põe-se em suspensão na agua.

Decompõe-se pelo acido sulfidrico.

O filtrado e as aguas de lavagem do sulfureto de mercurio são libertados do excesso de ácido sulfidrico por intermédio de uma corrente de ar. Mede-se o volume (1000 a 1500 cm³). Ajunta-se uma quantidade de ácido sulfurico para que a solução tenha uma acidez quasi N.

Adiciona-se então uma solução de ácido fosfotungstico em ácido sulfúrico N/2 em grande excesso para que a precipitação seja máxima.

Filtrase o precipitado.

Elimina-se o ácido fosfotungstico do filtrado pela barita. O excesso desta retira-se sob a forma de sulfato.

Com o reativo sulfatíco mercuríeo precipita-se a mistura que nesse estado não deve medir mais de 4 litros.

Obtem-se precipitado perfeitamente branco que será decomposto e desembaraçado do sulfureto de mercurio por oreagem e lavando-se com a menor quantidade de agua possivel, de modo que o producto mantenha a concentração maxima.

Si levarmos à ebullição pequena parte de solução a fim de eliminar todos os traços de ácido sulfídrico, obter-se-á intensa coloração com o nitroprussiato, e grande quantidade de sulfureto si fervermos com acetato de chumbo e potassa caustica.

O tratamento final pode diferir.

a) Um primeiro metodo recorreu ao composto cuprieo. Os dipeptides reduzidos, com o sulfato de cobre dão, como a cistina livre, um precipitado azul-cinzenzo muito caracteristico.

Parece preferivel, para obter mais facilmente o composto cuprieo, ajuntar um pouco de hidrato cuprieo frescamente preparado à solução precedentemente obtida (após a 2.ª separação mercuríea) que contém um pouco de ácido sulfúrico livre.

E' extremamente caracteristica a transformação do hidrato de cobre em composto cuprieo do dipeptide, quando se agita o recipiente que encerra a solução.

Após haver anexado excesso de hidrato de cobre, asseguramos-nos da precipitação completa por adição de soda ao líquido azul sobrenadante até obtenção de quasi neutralidade pelo tornasol.

Decompõe-se o composto cuprieo pelo ácido sulfídrico. Separa-se o sulfureto por filtração.

Leva-se o filtrado à alcalinidade justa pela barita.

Faz-se atravessar corrente de ar até oxidação completa do dipeptide, o que se averigua pela desaparição da reação com o nitroprussiato.

Liberta-se cuidadosamente a solução da barita e ac. sulfúrico.

Concentra-se até o vol. de 10 cc. por meio de subpressão reduzida.

Derrama-se então em 100 cc. de álcool absoluto.

Deixa-se o produto no álcool até que ele fique perfeitamente anidro e friável.

Filtrase então com trompa.

b) Um segundo metodo

permite obter o dipeptide sob forma de composto plumbico.

Ajuntando acetato de chumbo à solução obtida prudentemente após decomposição do segundo precipitado mercuríeo, precipita-se a maior parte do produto.

Decompõe-se o sal de chumbo pelo ac. sulfídrico.

Trata-se a solução da mesma forma como o foi a do composto cuprieo.

Mais de uma vez, diz Hopkins, precipitava uma primeira fração do produto sob esta forma e após haver retirado o chumbo do filtrado, terminava a operação com o cobre. Em tais casos, a análise dos dois produtos terminais concordava perfeitamente.

Pode a substancia ser precipitada pelo sulfato de prata e a barita.

Não achou o autor nesta precipitação vantagens para a purificação.

Nos casos de pequenas quantidades de produto, pode-se dissolver o composto

argentico na agua quente, fazendo-se a separação pelo resfriamento.

Constitui isso uma propriedade caracteristica que apresenta vantagens, mas, com grandes quantidades, o emprego deste metodo está sujeito ao perigo de carrear decomposição.

Fazendo-se preparação a partir dos órgãos animais, começa-se por picar finamente o tecido.

Submete-se para extração a um volume de agua igual a seu peso, a 40°, durante duas ou tres horas.

Espreme-se o primeiro extracto através de paño fino.

Submete-se o residuo à mesma operação.

Mixtura-se os extractos.

Filtram-se na trompa.

Precipitam-se os filtrados pelo acetato neutro de chumbo.

Opera-se em seguida como no caso da levedura.

Pode-se tambem deixar o orgão em contacto com o ácido sulfurico N/10 (1 litro por Kgr.) durante uma noite.

Neutraliza-se quasi o ácido por adição de soda caustica a 20% ajuntada em pequena quantidade de uma vez.

Aquece-se a mixtura. Neutraliza-se cuidadosamente na occasião em que atinge a fervura.

Filtra-se com trompa.

Extrai-se de novo o residuo por ebulição com agua.

Emprega-se geralmente este metodo para o músculo.

Tendo-se recorrido a este metodo, é de vantagem precipitar pelo acetato de uranio no primeiro tempo do manipular, em vez de o fazer no fim.

Ajunta-se o reativo em solução saturada nos extractos mixturados até cessação do precipitado.

Filtra-se o precipitado. Ajunta-se então o acetato de chumbo.

Precipita-se pela barita só o extracto do precipitado plumbico pelo ácido sulfurico.

O rendimento obtido pela levedura é de 0gr.,1 a 0gr.,15 por kgr.

Para o músculo, o rendimento é quasi o mesmo.

O fígado é o órgão mais vantajoso.

Bem que os métodos descritos não sejam quantitativos, as cifras dadas representam certamente a ordem da quantidade presente.

MARIO BERND.

Biblioteca da Sociedade de Medicina

Franquenda nos sócios, diariamente das 10 às 12 horas e das 15 às 17 horas, na sede da Sociedade à rua dos Andradas 1493, 1.^o andar. Acham-se à disposição para consultas, as seguintes revistas, que são recebidas regularmente:

Rio de Janeiro

Arquivos de Pediatria
Arquivos Bras. de Higiene Mental
Arquivos Bras. de Neurologia e Psi-
quiatria

Arq. Brasileiros de Medicina
Boletim do Inst. Vital Brasil
Brasil Medico
Imprensa Medica
Jornal de Sifilis e Urologia
Mundo Medico
O Hospital

Revista de Medicina Militar
Revista Siniatrica
Revista Bras. de Cirurgia
Rev. Brasileira de Tubercolose
Revista Clinica
Rev. de Soc. de Medicina e Cirurgia
Rev. da Soc. Brasileira de Quimica
Rev. de Ginecologia e D'Obstetricia
Revista do Farmaceutico
Rev. Medico-Cirurgica do Brasil
Rev. Terapeutica
Vida Medica

São Paulo

Analises Paul. de Medicina e Cirurgia
Arquivos de Biologia
Boletim da Soc. de Medie. e Cirurgia
Folia Clinica et Biologica
Gazeta Clinica
Medicina Pratica
Novoterapia
Pediatria Pratica
Publicações Medicas
Resenha Clinico-Cientifica
Rev. da Associação Paul. de Medicina
Rev. Oto-Laringologica

Porto Alegre

Arq. de Clinica Oftalmologica e Oto-
Rino-Laringologica
Boletim do Sindicato Medico

Revista de Radiologia e Clinica
Boletim da Sociedade de Engenharia
Revista Justica
Revista da Associação Comercial
Egatéa

Pernambuco

Arq. de Cirurgia e Ortopedia
Jornal de Medicina
Revista Medica

Bahia

Bahia-Medica
Revista Medica

Paraná

Revista Brasileira de Pedriatria

João Pessoa

Medicina

Ceará

Ceará Medico

Portugal

Arq. do Inst. Bacteriologien Camara
Pestana
Lisboa Medica
Arquivos de Medicina Legal

Bogotá

Arquivos de Lepra
Revista Medica de Bogotá

Equador

*Annales de la Sociedad Medico-Qui-
rúrgica del Guayas*

Perú

Revista Médica Peruana

Montevidéo**Belgica**

Bruxelles Médicale

*Archivos Uruguayos de Medicina, Ci-
rurgia y Especialidades
Archivos de Pediatría del Uruguay
El Día Médico Uruguayo*

Paris

*Archives Hospitalières
Alcaloides
Bulletins Et Mémoires de la Société
de Médecine de Paris
Gazette des Hôpitaux
J'Analyse
Le Journal Médical
Le Bulletin Médical
La Presse Médicale
La Médecine
Philosophons
Revue Moderne*

Argentina

*El Día Médico
El Salvador Médico
La Semana Médica
La Prensa Médica Argentina
Revista Médica Latina-Americana
Rev. de Criminología, Psiquiatría y
Medicina Legal*

Italia

*Rassegna di Clinica Terapia e Scienze
Affini*

U. S. A.

*Bulletin de la Oficina Sanitaria Pan-
americana
The Lancet*

Caracas

Gaceta Médica de Caracas

Bordeaux**Espanha**

Journal de Médecine de Bordeaux

*El Siglo Médico
La Clínica
Lille (Nort. France)
Journal des Sciences Médicales de Lille*

Mexico

*Revista Mexicana de Biología
Rev. Mexicana de Puericultura*