

Archivos Rio-Grandenses de Medicina

ORGÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

REDACTORES:

PROFS. ANNES DIAS, MARIO TOTTA e LUIZ GUEDES

Influencia das glandulas de secreção interna na pathologia gastro-intestinal¹⁾

Prof. Annes Dias

Quiz a Sociedade de Medicina que a pa-
lestra de hoje fosse a iniciadora da série de
conferencias de 1920.

Sendo eu d'aquelles que se batem pela pro-
speridade desta associação, não me era licito
fugir ao convite tão gentil, tão honroso.

Sei que vou falar para um auditorio com-
posto de profissionaes estudiosos, competen-
tes, o que torna minha tarefa sobremaneira
difficil. A outra difficuldade, que defronto,
é inherente á natureza do assumpto que vou
abordar.

E' com precaução, que se aventura alguem,
no terreno revolvido por um tremor de ter-
ra; é com a mesma cautella que se penetra
no estudo da Endocrinologia, que, com o seu
surto magnifico, produziu, na Medicina, o ef-
feito de um terremoto.

Por toda a parte ruinas de theorias, hontem
ainda tão alterosas; aqui e alli elevações, que
emergem, capitulos novos que surgem; em to-
das as direcções sulcos, foram cavados, que
descobrem factos, até bem pouco, ignorados.

Mas um trabalho de reconstrucção começa;
dos escombros do arthritismo saem os mate-
riaes que vão sustentar a cupola do dysthy-

roidismo; as velhas idéas humorales são reto-
cadas e coloridas com o auxilio da biologia
chimica; a herança morbida será alicerçada
com as acquisições da physiologia pathologi-
ca; a teratologia terá capitulos refundidos;
a puericultura assentará sobre novas bases;
a gynecologia médica recuperará seu brilho;
na psychiatria será alargada a porta da espe-
rança; a medicina, a grande medicina, domi-
nará horizontes mais dilatados.

Só, até hoje, a theoria microbiana fez tão
grande revolução na Medicina; d'ahi o enthu-
siasmo que, em todo o mundo, desperta, nes-
te momento, o estudo das secreções internas.

Bastantes seculos decorreram, estudos con-
scienciosos foram, de continuo, se aprofun-
dando aqui, se revisando alli, antes de surgi-
rem á plena luz da sciencia, esses trabalhos
admiraveis sobre endocrinologia, trabalhos
cuja superficie se nos mostra tão fecunda e
cujos arcanos, nebulosos hoje, serão amanhã
fachos de luz a derimirem a treva nos recan-
tos da Medicina. Um desses recantos já se
vae illuminando, com as acquisições da physio-
logia moderna; o systema nervoso vegetativo
e as glandulas de secreção interna eram estu-
dados parallelamente, mas, como a Medicina
não é mathematica, as parallelas se encontra-
ram e brotou desse encontro a noção capital

¹⁾ Conferencia realisada no dia 30 de abril, na So-
ciedade de Medicina de Porto Alegre.

da interdependencia estreita que elles mantêm, das suas correlações physiologica e pathologica, que a experimentação fixou e que a clinica confirmou.

E' esse o motivo de ser necessario, a quem estuda as affecções do apparelho digestivo, estar familiarisado com esses dous pontos radicaes da physiologia humana.

E a questão ahi não fica limitada, ella se distende, se amplifica e abraça a Medicina inteira, mostrando quanta razão tinham aquelles que combatiam as especialisações exaggeradas, incompativeis com a interdependencia de todas as funcções organicas.

A funcção deixa, cada vez mais, de pertencer a um orgão, para se filiar ao organismo; de especial, ella passa a ser a particularisação de uma funcção geral.

Alguem já disse, com acerto e propriedade, que não é o organismo um aggregado de compartimentos estanques; as funcções se entrelaçam, se coordenam, se oppõem, se ligam, conforme determinações morbidas ou modalidades physiologicas; o exemplo, que escolhemos, é, sem duvida, um dos mais typicos.

Escravo do systema nervoso visceral, o apparelho digestivo não o é menos de certas glandulas endocrinicas; estas, por seu turno, accionam ou inibem o apparelho nervoso vegetativo, mantendo, nas condições normaes, o perfeito equilibrio nesse systema tão complexo.

Um simples raciocinio mostra o alcance desta questão: o apparelho digestivo conserva o seu tono, o seu funcionamento normal, graças ao equilibrio entre o systema sympathico e o autonomo; ora esse equilibrio depende da synergia endocrinica. Rompa-se esta, prevaleçam secreções estimulantes do systema autonomo e o equilibrio nervoso visceral quebrar-se-á, surgindo a vagotonia.

Nem a prova therapeutica falta a esta demonstração, pois, para combater a vagotonia, dous recursos nós temos: deprimir o vago, baixando-o ao nivel do sympathico ou exaltar este ao nivel do primeiro.

O apparelho digestivo apresenta as duas grandes variedades de hormonios: os de acção geral e os de acção limitada, a acção a longo circuito, como a exerce, por exemplo, a secreção interna do pancreas, e a acção a curto circuito, como a realisa a secretina.

A nutrição é o vasto campo dominado pelas secreções internas; a digestão, que a prepara, soffre-lhe o contra golpe. A acção endocrinica se faz sentir desde os primordios da digestão; o estimulo pelo vago, ou a depressão pelo sympathico, — da motricidade e das secreções gastro intestinaes; as sollicitações ao funcionamento hepatico e pancreatico demonstram quanto essa acção é multiplice nos seus desdobramentos, complexa nas suas determinações.

Estudar a acção das diversas secreções internas sobre o funcionamento do apparelho digestivo, analysar certos symptomas digestivos á luz da endocrinologia, perscrutar, nas affecções gastro intestinaes o papel endocrinico, tal é o objectivo do nosso trabalho.

E' um capitulo novo que, ao que nos consta, não mereceu ainda, de nenhum auctor as honras de um estudo em separado. Apenas fragmentos existem, esparsos na litteratura médica, sobre as questões aqui abordadas, como os trabalhos de Rogers, Loeper, Garretson, etc.

Quem, mais de perto, tocou o assumpto foi King, no seu rapido artigo, das "Medical Clinics of N. America", sobre as perturbações gastricas nas molestias da nutrição e das glandulas de secreção interna.

Terminando esse pequeno trabalho, diz elle que o papel do apparelho digestivo nessas molestias apparecerá mais claramente aos clinicos, quando fôr mais bem conhecido o encadeamento etiologico desses males obscuros, quando mais comprehensíveis as correlações pathologicas.

Até essa época, accrescenta King, será util ir reunindo os fragmentos dos nossos conhecimentos sobre esse assumpto, para preparar uma futura correlação clinica.

Será o unico merito, deste trabalho, servir esse escopo; os elementos que vamos procurar colher e enfeixar se acham perdidos na alluvião de noções, de theorias, de factos novos que, todos os dias, vêm enriquecer o cabelal, já magnifico, da endocrinologia.

Já Loeper, na sua licção sobre *Dyspepsia suprarenal* descobre um dos lados da questão; isolando um typo clinico e o definindo com precisão. E' essa dyspepsia pouco dolorosa, acompanhada de aerophagia, com abahulamento gastrico.

Ao lado de inappetencia pronunciada, se evidencia pertinaz prisão de ventre; o doente emagrece rapidamente e é presa de asthenia progressiva; o exame do conteúdo gastrico mostra hypochlorhydria accentuada, o do sangue revela hypoglycemia e o das fézes faz vêr a insufficiencia da digestão das fibras musculares, das gorduras e dos hydratos de carbono.

A' radioscopia, ha manifesta atonia gastrica, com evacuação retardada do bismutho, como retardado tambem se mostra o transitio intestinal.

Para o lado do appparelho circulatorio, ha de notavel a hypotensão; quanto á melanodermia, Loeper diz tel a visto só uma vez e, nesse caso, desapareceu com o uso da adrenalina.

A esse respeito, devemos dizer que, já por duas vezes, encontrámos melanodermia epigastrica, em casos de ulceras de estomago, n'um dos quaes o desaparecimento da pigmentação se seguiu ao emprego da adrenalina.

Na dyspepsia suprarenal, os medicamentos digestivos habituaes são inuteis, por inefficazes, e só a opherapia colhe proveitos.

Acção da adrenalina sobre o appparelho digestivo

Essa acção póde ser directa e uniforme ou indirecta e complexa; do primeiro caso temos exemplo na insufficiencia adrenalica pura; do segundo, nos casos mais frequentes de dysendocrinias associadas.

Quando é feita a ablação das suprarenaes, rapidamente se estabelece hyperplasia thymica e hypertrophia do tecido lymphatico, com especialidade do da mucosa gastro-intestinal, chegando a verdadeira infiltração hemorrhagica diffusa dessa mucosa. Pende, em casos taes, encontrou ulcerações da mucosa com o aspecto da ulcera gastrica.

Os modernos trabalhos americanos tendem a attribuir a perturbações trophicas da mucosa estomacal, decorrentes do *deficit* adrenalinico, um papel importante na pathogenia da ulcera gastrica.

Essa dystrophia bem se comprehende quando se conhece a acção tonica permanente da

adrenalina, sobre as terminações do sympathico nos tecidos.

Essa acção, que a adrenalina exerce, invariavelmente, sobre o sympathico, faz com que, sob sua dependencia esteja uma parte das reacções nervosas e vasculares do abdomen.

E' d'ella que decorre a acção tonica sobre os musculos lisos do tubo gastro-intestinal.

Ahi não pára, porém, a acção dessa secreção; ella exerce uma influencia, menos directa, mas notavel, sobre a digestão, por ser um poderoso estimulante das oxydações, da thermogenese e do metabolismo geral.

E' esse poder reconhecido por todos, si bem que não sejam ainda correntes as ousadas idéas de Sajous, que faz, da adrenalina, o elemento primordial da hematose e a oxydase excelsa do organismo, pois, no seu entender, é ella parte essencial da molecula albuminoide da hemoglobina, é ella que fixa o oxygeno no pulmão e o leva ás oxydações nos recantos do organismo.

Si tal é o papel da adrenalina, difficil não será deduzir as preturbações que, para o lado da digestão e da nutrição acarreta a dysfunction suprarenal. Muito differe o papel da còrteix suprarenal que, ao contrario da adrenalina, provoca, estimula o peristaltismo.

Conhecida a acção da adrenalina sobre o pancreas, sua acção depressora sobre a bilis, sua estreita relação com o sympathico, flagrante se torna a importancia que, dia a dia, se lhe dá no estudo das affecções do appparelho digestivo.

Tudo quanto foi dito da adrenalina se applica, ao extracto total das suprarenaes, do qual ella faz parte, parecendo que a acção deste é mais pronunciada como o mostraram os trabalhos de Rogers e como demonstrára a physiologia, quando fazia vêr que a inibição do vago, por este produzida, é mais notavel do que a provocada pela adrenalina.

Forçoso é dizer, no emtanto, que não foi feito ainda o accòrdo sobre o modo de acção da adrenalina nos differentes órgãos da digestão.

Assim, si quasi todos os endocrinologistas pensam poder attribuir á adrenalina uma acção inibidora sobre a secreção gastrica, Loeper acha, ao contrario, que a ella se deve um augmento do coefficiente chlorhydrico total, principalmente do acido chlorhydrico livre

e não acredita na ulceração gastrica de origem suprarenal.

Rogers, Franck Mann e outros, uns pela experimentação, outros pela observação clinica, esforçam-se por estabelecer, com argumentos crescentes, essa relação de causalidade.

Dos trabalhos cuidadosos de Binet, resalta que a extirpação das suprarenaes é seguida, em 90 % dos casos, de ulceras gastricas, que parece serem devidas ás hemorragias submucosas e á hyperchlordria coincidente.

Quanto á influencia da adrenalina sobre a secreção chlorhydrica, acha Binet que o acido chlorhydrico livre é augmentado na 1.^a hora, mas cae abaixo do normal $\frac{1}{2}$ hora depois.

As doses fracas de epinephrina inibem as contracções intestinaes, mas as doses fortes as estimulam.

Pela vaso-constricção, que provóca nos capillares do tubo digestivo, tem a adrenalina sido empregada nas hematemeses e enteror-rhagias.

Lesné e Dreyfus mostraram que a administração rectal de adrenalina equivale á injeccão hypodermica, ao passo que a sua ingestão é pouco efficaz, pensando elles que, neste ultimo caso, a adrenalina é rapidamente destruida pelo figado, ao passo que, quando administrada em clystér, em razão das ricas anastomoses dos vasos hemorrhoidarios com a veia cava inferior, uma parte da epinephrina escapa á destruição no figado .

Friedmann, que attribue, na ulcera, a lesão inicial a um desequilibrio do systema nervoso vegetativo, acha que este depende de um disturbio glandular e provóca, conforme a orientação tomada, uma nevróse gastrica, ora com atonia, ora com phenomenos espasticos; seguem-se perturbações circulatorias, ou por ischemia, dependente da vaso-constricção das arteriolas, ora por estáse, consecutiva á vaso dilatação, trazendo taes perturbações, como consequencia, a ulceração, cuja chronicidade depende de varios factores etiologicos.

Billings objecta que tal theoria não nos explica, no emtanto, porque é unica a ulcera.

A experimentação vêm mostrando, a diversos physiologistas, ulceras agudas do estomago e do duodeno, após a suppressão parcial ou total das suprarenaes, após a parathyroidectomia parcial, em seguida a injeccões re-

petidas de extracto thyroideo e, tambem, após injeccões de pilocarpina, cuja acção como se sabe, muito se assemelha á da thyroidina.

As perturbações gastro-intestinaes na insuficiencia suprarenal, assumem aspectos differentes, conforme se tratar de deficit agudo ou de insuficiencia chronica.

Assim, si a anorexia é encontrada em todos os casos, si os vomitos constituem um phenomeno constante, verdade é que, na insuficiencia aguda estes são verdadeiramente incoerciveis (Sergent) e são acompanhados de violentas dôres abdominaes e de diarrhéa.

Nos casos chronicos é a prisão de ventre que prevalece.

E' grande o valor dessas noções, no momento de um diagnostico differencial, pois a asthenia suprarenal acompanhada de vomitos, dôres, pôde fazer pensar em um cancer incipiente: a prova therapeutica pôde, em casos taes, ser a pedra de toque.

Pôde ainda a insuficiencia suprarenal aguda simular uma crise appendicular, necessitando o clinico, em circumstanciaes taes, sublimar a sua perspicacia, para não levar o doente a uma operação que, além de inoportuna, pôde ser funesta.

E' á insuficiencia suprarenal que Lian e Sergent attribuem uma boa parte dos vomitos incoerciveis da gravidez.

E' a ella que, este ultimo autor, attribue certos casos de dilatação aguda do estomago, post-operatoria.

Terrien acha, ainda, que os vomitos acetone-micos da infancia pôdem, ás vezes, depender dessa insuficiencia glandular.

Dessas idéas expostas, dimanam, naturalmente, sancções therapeuticas; d'ahi a acção da adrenalina nas hemorragias intestinaes, tão bem estudada por Wigger; d'ahi o emprego della nos vomitos, com o intuito de contrabalançar a hypertonia do vago; o seu uso na ulcera, para soerguer o tono sympathico; a sua efficacia contra a asthenia, corollario obrigado das ptóses; a sua acção hoje, bem comprehendida, nas dysenterias, principalmente na amibiana, tão funestas á suprarenal, etc.

Thyroide

Os trabalhos de Rogers mostraram, com nitidez a acção estimulante que, sobre as ter-

minações do vago, exerce o extracto thyroideo, estimulando o estomago, o pancreas, a musculatura intestinal.

Fazendo uma fistula gastrica, typo Pawlow ou Janeway, determinou Rogers os efeitos das injeccões de productos thyroidiano e adrenalínico. Um extracto alcoolico thyroideano estimula vigorosamente o peristaltismo e augmenta dez vezes a secreção gastrica. Por meio de uma fistula pancreatica se verifica o forte estimulo determinado pelo extracto thyroideo sobre a secreção pancreatica.

Tanto num como noutro caso o extracto thyroideo age por meio do pneumogastrico; tanto isto é verdade que esse effeito deixa de se produzir, si ao mesmo tempo se administra um excitante do sympathico, como a adrenalina ou um depressor do pneumogastrico, como a atropina.

A acção sobre o intestino é tal que mesmo *in vitro* ella se observa; assim si uma preparação dos musculos intestinaes, feita em liquido de Locke, fór tratada com um extracto thyroidiano não coagulavel, esses musculos se contrairão fortemente. Ainda aqui a addicção de adrenalina evita o estimulo.

Como se sabe as fibras musculares circulares são innervadas pelo systema autonomo, ao passo que as longitudinaes estão sob a acção do sympathico.

Voltando a nos referir á acção da thyroide devemos dizer que:

Quando a secreção thyroidiana falta, como no myxoedema, ha depressão do systema autonomo.

Melhór, mais claramente apparecerão as relações da thyroide com as funcções digestivas, si, em vez de as estudarmos no seu estado de equilibrio, referirmos os disturbios gastro-intestinaes que a dysfunction daquella glandula acarreta.

Hyperthyroidismo

Ha, neste capitulo, por mais concisamente que se procure abordal-o, necessidade de distinguir entre as fórmias varias, com que, á perscrutação do clinico, se mostra a hyperfuncção da thyroide.

A sua expressão maxima, crystallisada no syndrome de Basedow, supporta, ainda neste momento, as vicissitudes da controversia, em que as pesquisas sobre as funcções thymicas

e parathyroidianas lançaram os endocrinologistas.

Não nos deterá a descripção do syndrome, pois o que nos preoccupa é a sua symptomatologia digestiva, que varia conforme o typo vago ou sympathicotónico, sendo, no primeiro caso, predominantes os phenomenos de excitação: salivação excessiva, vomitos, espasmos mesogastricos, pyloricos, diarrhéa frequente, etc.

No typo sympathicotónico ha hypo ou anaidez, com diarrhéa gastrogenica.

Ha casos de Mal de Basedow sem qualquer perturbações digestivas; outros ha em que surge toda a legião de symptomas, capitulados como de dyspepsia nervosa; anorexia, bulimia, parorexia, máo halito, aerophagia, ruminação, dôres varias e caprichosas, vomito facil, diarrhéa, polydypsia, etc.

Entre esses signaes, alguns ha que, pela sua frequencia ou por suas particularidades, merecem especial menção.

Os vomitos, no dizer de Chvostek, se encontram em 15% dos casos, surgem sem causa, duram dias, ás vezes, semanas e, ou desapparecem com a mesma facilidade com que vieram, subitamente ou se intensificam ameaçando a vida do doente.

Geralmente desacompanhados de dôres, são quasi sempre, ou alimentares ou mucosos; por vezes, violentos, attestam a thyreotoxicose.

Mais importantes são as determinações intestinaes; Pierre Marie descreve a diarrhéa prolongada e a diarrhéa paroxystica, sobrevivendo, esta ultima, bruscamente, sem colicas, sem dôres, com fézes claras, muito liquidas, ás vezes serosas.

Marañon poude vêr, como no diabete, diarrhéas gordurosas.

Chvostek distingue a diarrhéa, que não é acompanhada de perturbações gastricas, nem de dôres, em que o appetite é conservado, mas, que pôde ser grave, principalmente quando choleriforme. Este typo pôde, ás vezes, se apresentar no começo da molestia de Basedow.

Um segundo typo é o da diarrhéa gastrogenica, com achylia; o terceiro, muito raro, é constituido pela diarrhéa pancreatica, graxa.

A diarrhéa, no Mal de Graves, pôde ser tão pronunciada que, si os signaes thyroidianos classicos não forem muito apparentes, c

nico terá grande custo em esmerilhar o diagnostico, pondo a nú o influxo thyroidiano.

E o que é mais, essa diarrhéa, permanente ou paroxystica, póde, principalmente quando lenterica, determinar, aos poucos, pela irritação, constante ou repetida, uma verdadeira enterite chronica tornando ainda mais difficil o diagnostico e já menos favoraveis o prognostico e a therapeutica.

E' por isso que o médico não deve menosprezar, sem detida investigação clinica, casos que, á primeira vista, foram considerados como de diarrhéa nervosa, pois esta é uma das mascaradas da irritação digestiva nos *basedowianos*.

A hyperfunção thyroidiana póde de tal modo repercutir no funcionamento digestivo que, por vezes, é para os disturbios deste que a attenção do clinico é solicitada preferentemente, obumbrando elles quaesquer outras funcções, de quaesquer outros órgãos, nos casos frustros de Mal de Basedow.

Essa repercussão é explicada quer pela acção directa da secreção throidiana, excessiva ou perversa, sobre as secreções gastro-intestinaes, quer pelas propriedades altamente estimulantes que ella tem sobre o metabolismo geral, impressionando, neste ultimo caso, de modo indirecto, o aparelho digestivo.

E' raro, no emtanto, que seja difficil, filiar ao desregramento thyroideo os multiplos disturbios, pois, a não ser nos casos larvados, veremos, ao lado da symptomatologia digestiva, enfileirarem-se, copiosamente, os signaes que, noutros aparelhos da economia, o mal de Basedow desperta: os diversos signaes oculares, a tachycardia, a sensação de calor, a excitabilidade geral, o tremor etc.

Mais interessante para o estudo, que vamos fazendo, é a fórma chamada de

Hyperthyroidismo constitucional — que não tem a facies berrante do Basedow e que escapa a um exame superficial, pois precisa ser procurada, precisa ser descoberta, tão subtil, tão pouco apparente ella o é, por vezes.

E' o que se chama o temperamento thyroideo, que, nesse caso, faz a individualidade endocrinica, é o modo todo especial do funcionamento organico, de reacções faceis e complexas, que dá uma feição particular ás molestias ou affecções que acomettem o individuo;

é o cunho proprio que se revela a um exame rigoroso.

Esse exame, tendente a desnudar o hyperthyroidismo, é de grande importancia pratica e não se capitula entre as cousas especulativas, nem é decorrente de razões especiosas.

Imprimindo um cunho especial ás reacções organicas, manifestando-se por signaes que, quando bem claros, são inconfundiveis, revestindo subrepticamente aspectos morbidos variados, occultando-se cautelosamente sob symptomas enganadores, o hyperthyroidismo deve ser procurado e dessoterrado, para, descoberto e bem interpretado, constituir ponto explicativo de valor para o diagnostico, ou agulha orientadora nas cogitações therapeuticas.

Uma das molestias que o hyperthyroidismo sóe simular é a tuberculose. Quanto é sério um erro de diagnostico em taes condições e quão facilmente elle póde ser commettido, si o clinico não pensar na thyroide!

O doente emmagrece, tem suores faceis, fatiga-se ao menor esforço, apresenta perturbações digestivas varias e, o que é mais, póde apresentar uma ligeira febre vesperal, febre cuja natureza endocrinica só nos ultimos tempos foi descoberta.

Lembro-me ainda, pois disso ha apenas 4 mezes, da afflicção de uma familia que me pedia examinasse uma menina de 13 annos, que vivia a chorar por ter febre todas as tardes, ao mesmo tempo que emmagrecia. Accrescia a circumstancia de terem fallecido de bacillose, em curto espaço de tempo, duas amigas, suas primas.

Por mais meticoloso que fosse o exame do aparelho respiratorio, nada me foi possivel encontrar, que justificasse a supposição que tinha a familia e a suspeita que a febre vesperal despertára em meu espirito.

Voltei a interrogar com cuidado a minha doente e, em dado momento, um raio de luz illuminou a pista do diagnostico: o vomito matinal.

Essa informação me levou a perscrutar o funcionamento thyroideo e verifiquei: tachycardia, tremor, signal de Stelwag, sensibilidade thyroidiana (que se exaggerava na época menstrual), crises de diarrhéa, pela madrugada, sensação permanente de calor, riso e choro faceis, ás vezes incoerciveis.

Sabendo logo que todos esses phenomenos

haviam surgido por ocasião do estabelecimento da menstruação e que esta era excessiva, não me foi difficil attestar o hyperthyroidismo e tranquillisar a familia.

Com o tratamento adequado a essa perturbação glandular, a febre desapareceu por completo e os outros symptomas se attenuaram.

Dispensaveis são commentarios sobre as consequencias que teria o desconhecimento desse factor.

Referi esse facto porque foi um symptoma digestivo que orientou o diagnostico.

Mas, no que tange ás relações do hyperthyroidismo com o apparelho digestivo, ha mais.

Creio que se póde isolar um syndrome, que nem se poderia chamar a *dyspepsia hyperthyroidiana*, tal o feixe de symptomas que o integram, tal a frequencia com que é encontrado, principalmente na puberdade.

Ha ahí a diarrhéa, em crises, principalmente nocturna, vomito facil, ás vezes em crises, muitas vezes matinal, rapidez do esvasiamento gastrico e em geral, do transito digestivo, intolerancia para a carne e para o alcool, a dor epigastrica, a frequente coincidência de proeses.

Taes signaes são acompanhados de tachycardia, principalmente *post-prandium*, tremores, sensação de calor após a refeição. Notam-se ahí, frequentemente, diversas evacuações molles, por dia, constituindo a chamada *syknokenose* que, para Levy e Rothschild, é a traço de união entre a constipação myxoedematosa e a diarrhéa do mal de Basedow.

Essa fórma de dyspepsia é bem distincta da *dyspepsia flatulenta dos papudos*, recentemente estudada por Loeper e por este attribuida á acção mecanica do bocio.

Todas essas perturbações, que acima apontámos, resultam da excitação digestiva decorrente de um *superavit* thyroidiano e tanto podem ser observados no hyperthyroidismo puro, como na instabiliadde glandular, no momento de prevalecer a hyperfuncção.

Insufficiencia thyroidiana

Quando precaria a secreção da thyroide, o torpor organico, que caracteriza essa insufficiencia, se mostra nitido no apparelho digestivo.

No myxoedematoso a ausencia ou a precariedade dos dentes, o espessamento da mucosa bucco-pharyngéa, a anorexia, são phenomenos de longa data apontados, explicando, uns a dysphagia, concorrendo outros, directa ou indirectamente, para disturbar as funcções gastro-intestinaes.

A bocca é secca, todo o tubo digestivo é mais ou menos infiltrado, a constipação é constante, ao lado de grande asthenia.

Ha manifesta repulsa para a carne. Não são raras as hemorragias gingivales, intestinaes, em consequencia da pobreza do sangue em fibrino-fermento.

No infantilismo myxoedematoso o abdomen é proeminente e duro; o intestino secreta pouco, é ressequido e atonico, donde a grande retenção gazoza.

Si das fórmas graves, passarmos ao *hypothyroidismo constitucional*, encontraremos em gráo menor os signaes já citados e outros, que iremos apontando, e que, por serem menos flagrantos, devem, necessariamente, ser, mais de perto, estudados.

O appetite chega a não existir: a criança ignora a sensação de fome (Levy) e só se alimenta á força; o adulto não experimenta satisfação em alimentar-se, só o assucar tem para elle algum gosto. A séde lhes é tambem quasi imperceptivel. A saliva é grossa e pouca.

Para o lado do systema dentario, alterações importantes são observadas, principalmente nos molares, alterações que traduzem graves perturbações metabolicas do calcio e do phosphoro.

Notam-se a carie facil, a implantação viciosa, a pyorrhéa.

— Já Vanderlinden estudára o valor da secreção thyroidéa na digestão gastro-intestinal; é natural que o seu *deficit* se faça sentir no funcionamento do tubo digestivo.

De facto, perturbações varias são assignaladas.

Nos casos de hypofuncção total, ha verdadeiro abaixamento do tono vago-sympathico, com atonia gastro-intestinal grave e sério retardamento do metabolismo geral.

Na hypofuncção parcial, ao lado de accentuada anorexia, ha pertinaz constipação, dependente da diminuição do peristaltismo.

Ha, para o lado do figado, congestão passiva, devida á baixa tensão vascular geral; é

frequente a lithiase biliar, devido, provavelmente á deficiente acção microbídica do sangue.

O hypothyroidismo apresenta, em geral, o typo brevilineo, megalosplanchnico.

De todos os disturbios, que apresenta, o mais constante, aquelle cujas relações com o hypothyroidismo são mais evidentes é, sem duvida, a prisão de ventre tenaz, progressiva, que só cede ao tratamento opherapico, constituindo, essa prova therapeutica, o mais seguro argumento em favor de sua origem thyroïdiana.

As hemorrhoïdes foram, por Hertoghe, consideradas entre os signaes de hypothyroidismo, mas é questão essa que não está, por agora, resolvida.

Levy e Rotschild capitulam alguns casos de enterocolite muco-membranosa entre as manifestações de dysthyroidismo.

Hypophyse

Menos notaveis são as determinações digestivas nas alterações do tono hypophysario, si bem que os estudos modernos, relativos á acção da pituitrina sobre a musculatura lisa e o seu emprego, com o objectivo expresso de estimular o peristaltismo intestinal, mostrem, inconcussamente, que tal estudo nos reserva dados de valor.

Aliás se sabe já, que, no periodo sthenico da acromegalia, ha augmento franco do appetite, ha verdadeira bulimia, que, para Hinsdale, chega a ser característica; vomitos são tambem observados.

Em tal periodo, é mistér dizel-o, ha coparticipação frequente da thyroïde e das supra-renaes.

Quando ha, da parte de um tumor, compressão da hypophyse, o vomito apresenta o typo cerebral banal.

Na insufficiencia pituitaria, ha constipação pertinaz, decorrente da falta de pituitrina que, como é sabido, tem a propriedade de manter o tono intestinal.

Bell e Hicks mostraram a acção rapida e efficaz da pituitrina para combater a distensão gazoza intestinal e Duffy (N. York M. J. 1915), affirma que a acção sobre a tonicidade do intestino é particularmente notavel nesses casos de distensão abdominal.

De passagem devemos dizer que o extracto

hypophysario, mesmo por ingestão, é activo, não perdendo suas propriedades ao contacto dos succos digestivos.

Pende allude á splanchnomegalia nas suas relações com o lóbo anterior da hypophyse.

Parathyroides

Póde a insufficiencia parathyroïdiana produzir disturbios digestivos, mais accentuados, naturalmente, na insufficiencia total, em que a tendencia espasmogenica, que a caracteriza, se traduz por vomitos e espasmo dos masseteres, á menor tentativa de ingestão alimentar.

Ao lado dos vomitos, que pódem ser biliosos ou mucosos, ha anorexia, ptyalismo e halito fetido; fetida é tambem, e, ás vezes, sanguinolenta, a diarrhéa.

A tetania, expressão clinica mais fidedigna dessa insufficiencia glandular, é frequentemente encontrada, de parceria com disturbios digestivos, principalmente com phenomenos de estáse gastrica, que, muitas vezes, precedem, de longa data, a tetania; outras com ella, simultaneamente, surgem; outras vezes ainda lhe são posteriores, sobrevindo, então, com franca hyperexcitabilidade da musculatura gastrica e exaggero das secreções do estomago e do intestino.

Já de ha muito se vêm referindo correlações da tetania com a dilatação do estomago. Os que procuraram investigar as causas do disturbio parathyroïdiano, o attribuem ora a accumulio de toxinas dēcorrentes de fermentações gastro-intestinaes, ora á gravidez, á lactação, devido, nesses dous casos, a algum profundo desequilibrio do metabolismo calçico.

A insufficiencia parcial parathyroïdeana determina a espasticidade gastrica (Bine), podendo-se dizer que ha uma hyperexcitabilidade do systema nervoso vegetativo.

Aquí, como alhures, difficil se torna, ao clinico, em todos os casos, surprehender o disturbio singular; ha já, geralmente, mais de uma glandula claudicante.

Frequente é a insufficiencia suprarenal coetanea, mais frequente, a simultaneidade do desequilibrio thyroïdeo, tanto que Sajous, Leon Bernard e outros, insistem sobre essa correlação existente e estudam, de preferencia, nesses casos, o aparelho thyro-parathyroïdeo.

Demais o tratamento, na insuficiência em questão, encerra, entre outras indicações, a da thyroïdina, aconselhada, por varios auctores, na tetania.

Já Arthus acha que a embryologia e a anatomia não permitem ligar órgãos tão differentes.

Thymus

Pouco, muito pouco, se sabe das relações do thymus com o aparelho digestivo; é uma confissão esta que a ninguem pôde surpreender, pois Arthus, em 1918, dizia que não se conhecia absolutamente nada das funções dessa glandula.

Os estudos até hoje feitos, no ponto de vista que nos preoccupa, tem se limitado, quasi exclusivamente, ao estudo da evolução da dentição.

Barker poude notar, no chamado estado thymico, a frequencia de grandes incisivos medianos. Notou este autor, que taes doentes, apresentam um intestino muito longo.

Acham outros pesquisadores que, no *deficit* thymico os dentes estão circumdados de gengivas hypertrophiadas, são irregulares e ficam, facilmente, careados.

Ha, demais, grande retardamento tanto da 1.^a como da 2.^a dentição.

Glandulas genitales

Já diversos endocrinologistas, como Elsner, Kehner, Hernando, notaram hyperchlorhydria, por occasião da fluxão menstrual ou por motivo de lesões do ovario.

E' ella frequentissima na menopausa (Marañon) e vem acompanhada de aerophagia, dôr epigastrica tardia e vomitos acidos.

Casos ha, mais raros, de hypochlorhydria na idade critica, que reflectem um hypothyroidismo persistente, que, como se sabe, não é frequente na menopausa.

Quando essa coincidencia se dá, a mulher apresenta o quadro, tão conhecido da dyspepsia flatulenta, com arrótos, grande distensão abdominal, coincidente, esta, de augmento da gordura do ventre, *intus et extra*.

Na amenorrhéa são frequentes os espasmos do pharynge e do esophago, assim têm sido citados casos de cardiospasma, que só cedem á acção da ovarina.

A prisão de ventre é frequente na crise da menopausa, quando fraqueia a função ova-

riana, como testemunham os trabalhos de Kish, Wagner e Marañon.

Tenaz, rebelde, ella dá logar a meteorismo abdominal, devido á paresia intestinal, resultante esta da hyperadrenalinemia, tão frequente nessa idade, como assevera Culberston, que notou a frequencia da hypertensão arterial em taes doentes.

Si, porém, a hyperadrenalinemia fôr excessiva, poderá sobrevir diarrhéa que será, então, acompanhada de violentas colicas, torturantes.

Casos ha, em que a diarrhéa é paroxystica, sobrevindo nas épocas correspondentes á menstruação que se extinguiu. Em certos destes casos é a influencia hyperthyroïdiana que intervém, por acção vagotonica.

Rapidamente referirei ás hemorragias gastricas vicariantes, que tão sérias preoccupações pôdem trazer ao espirito do clinico.

Este deve ser muito cauteloso ao enunciar um prognostico, porque a hemorragia pôde ter sido favorecida pela preexistencia de uma ulcera, até então latente, mesmo quando as relações com a falha ovariana sejam patentes.

Nas mesmas condições pôdem sobrevir hemorragias intestinaes, principalmente rectaes, constituindo o que Marañon chamou — a menstruação rectal.

Os trabalhos de Hirst põem em fóco o papel do corpo amarello do ovario, na producção dos vomitos da gravidez, decorrendo d'ahi a opherapia respectiva.

Pancreas

Não nos deterão aqui os symptomas digestivos dependentes de perturbação da secreção externa do pancreas, que têm a sua mais alta expressão na digestão deficiente das gorduras e dos albuminoides.

Apontaremos, como de possivel confusão com phenomenos gastricos, o ruidoso cortejo da pancreatite hemorragica.

Mais interessantes, sob o ponto de vista em que nos collocámos, são as relações que, a respeito da digestão intestinal, existem entre o pancreas e o baço, a ponto de ser este último, considerado por muitos, como verdadeira entidade endocrinica.

E' com as ilhotas de Langerhans que o baço é functionalmente ligado, na formação da trypsin, fermento capaz de dissociar os albuminoides na corrente sanguinea (Sajous), dissociação já iniciada no tubo duodenal.

Para alguns auctores o duodeno exercerá uma acção reguladora sobre a glycemia, mas, si certos acham que a glycosuria consecutiva á extirpação do pancreas é o resultado de lesões do duodeno, quasi inevitaveis, bastando a cauterisação da sua mucosa para produzi-la (Gauthier), outros, e ahi está a maioria, pensam que a glycosuria pancreatica pôde existir sem lesão duodenal.

Feita tão rapidamente quanto possivel essa revista atravez diversas das glandulas de secreção interna, muitas considerações podiam ainda ser tecidas, umas de ordem geral, como a necessidade, para a cirurgia, de tratar, antes e depois da operação, os disturbios endocronicos dos seus pacientes, no sentido de obviar ás perturbações humoraes que ficam; — outras mais limitadas sobre questões, por assim dizer, locais, como o estudo desse hormonio digestivo, a secretina, que formado na mucosa duodenal, sob o influxo do acido chlorhydrico, e levado á mucosa intestinal, ao fígado e ao pancreas, lhes vae activar as respectivas secreções, como o estudo do hormonio esplenico, que estimula o peristaltismo intestinal, em gráo, ás vezes, violento.

Entre essas questões, que apenas apontamos, uma, dada a sua importancia crescente, está, pôde-se bem dizel-o, na ordem do dia.

E' o papel das infecções em fóco, quer como agentes infectantes á distancia, quer como perturbadores do equilibrio endocrico, devendo constituir num e noutro caso, objecto de séria preocupação para o médico.

Citaremos os focos infectiosos do cavum, das amygdalas, do appendice, da vesicula biliar, dos orgãos genitales internos etc., que, provocam e, principalmente, mantêm perturbações á distancia, semeando germens infectantes ou provocando da parte das glandulas prepostas á defeza organica, reacções mais ou menos fortes, que se expressam ou por hypersecreções glandulares ou dysfunções variados, de incontestavel repercussão sobre o aparelho digestivo.

A's vezes é o phenomeno inverso que se observa: no máo terreno endocrico a defeza periclita e infecções se installam facilmente, como se dá no hypothyroidismo, em que são tão frequentes as infecções da bocca, da vesicula biliar etc., que Sajous pode dizer, que, no hypothyroidismo, se deve suspeitar

sempre uma infecção chronica em fóco e que Harvey Beck declara, que uma das mais importantes indicações para a operação nas afecções inflammatorias da vesicula biliar é o syndrome myxoedematoso.

Como vêdes, o estudo das secreções internas é fecundo, as mais palpitantes questões da medicina a elle se prendem e a elle vão pedir um pouco de luz. As velhas theorias humoraes resurgem, revestidas, hoje, de brilhante roupagem scientifica, não se apoiam, como antes, só na interpretação mais ou menos fallivel de factos clínicos, mas se baseiam em razões embryologicas, apoiam-se na observação clinica e na pathologia e recebem da therapeutica, já em muitos pontos, a mais cabal das confirmações.

Censura-se aos endocrinologistas a precipitação, com que procuram filiar ás novas idéas capitulos inteiros da pathologia.

Si bem que não seja, de todo, justa, essa objurgatoria, pôde ser discutida.

Não tem sido, porventura, essa generalisação precoce o corollario obrigado de todas as grandes idéas novas em sciencia?

Não teve a theoria microbiana o seu momento de delirio, quando menosprezava o organismo e só via o microbio?

Não é verdade que ainda hoje se busca as fronteiras da anaphylaxia, tão longe ella se estendeu?

Não é, pois, para causar extranheza que, na Endocrinologia ainda nascente, se procure, com affinco, descobrir a explicação para tantos phenomenos, que todas as acquisições da sciencia foram, até hoje, incapazes de interpretar.

E' tanto mais razoavel esse entusiasmo que já são legião, agora, os factos que mostram a decisiva influencia desses pequenos orgãos no desenvolvimento organico, no crescimento do homem, na sua individualisação physica e psychica.

E' o conhecimento das secreções internas que, como bem diz Apert, abre perspectivas extensas sobre vastos horizontes e permite uma explicação racional do que a velha medicina chamava — os temperamentos, as diatheses.

Os contradictores, os que procuram diminuir o fuígor da idéa nova, não attentam para dous factos que, bem analysados, lhes deviam

fazer comprehender o valor do estudo da endocrinologia.

O corpo humano pôde ser estudado sob o ponto de vista estructural ou dynamico; os factos, a que alludi, pois se trata de verificações experimentaes, clinicas, embryologicas, são os seguintes:

1) As glandulas de secreção interna exercem influencia decisiva sobre a morphogenese do corpo humano.

2) As glandulas de secreção interna exercem influencia decisiva sobre o metabolismo organico, isto é, sobre o seu dynamismo.

A primeira affirmação é comprovada por factos incontestaveis, alguns dos quaes alcançam em materia de logica a valor do axioma, assim por exemplo, são tão estreitas as relações morphogeneticas entre o cerebro e a cortical suprarenal que, em face, de um feto anencephalo se pôde affirmar, que lhe falta a cortex suprarenal; não são menos decisivas as relações da hypophyse com o desenvolvimento dos ossos.

Supprima-se a glandula thyroide a um animal novo, e o desenvolvimento organico se detém immediatamente; que se lhe dê extracto thyroidêo e o desenvolvimento, interrompido, prosegue.

A segunda proposição encontra os mais brilhantes argumentos no estudo do metabolismo organico; a influencia de secreção interna do pancreas, e da suprarenal nas glycosurias; a obesidade após a emasculação, na insufficiencia hypophysaria, ovariana, thyroidiana; os disturbios do metabolismo do calcio, do phosphoro, etc.

Si, pois, não é possível, sériamente, negar essa influencia das glandulas endocrinicas sobre o desenvolvimento e sobre o funcionamento do organismo humano, como não admittir que as perturbações, que desequilibram a synergia endocrinica, venham se reflectir nas varias funções organicas, compromettendo o seu desenvolvimento regular; como não admittir que, essas glandulas, capitaes na physiologia humana, tenham papel saliente em pathologia?

E' tão decisiva a sua influencia, tanto na vida psychica, como na compleição physica e no funcionamento organico que:

são inconfundiveis a quietude, a apathia do myxoedematoso e a exuberancia psychica do

basedowiano, como são incontestaveis a depressão physica e mental do addisoniano, a transformação physica e moral dos castrados, como é flagrante a facies acromegalica.

Esses exemplos, e outros poderiam ainda ser referidos, bastam.

Bem se vê, que o estudo da endocrinologia é daquelles que não assentam no terreno movediço das hypotheses, mas tem o seu pedestal argamassado por factos incontestaveis, por aquisições definitivas da biologia moderna.

Parece incrível que paire, no semblante de alguns, um ar de riso, quando se lhes fala de secreções internas. Os estudiosos não devem estacar diante desses que, ignorando a essencia da endocrinologia, pensam ser mais commodo que, desse estudo, se encarregue a geração vindoura, pois, achando ainda nebuloso esse capitulo, preferem ignoral-o.

O verdadeiro cientista não ri, argumenta; enquanto Pasteur, na Academia de Medicina de Paris, argumentava, só, forte na intangibilidade dos resultados de suas experiencias memoraveis, os seus adversarios riam; Pasteur venceu, a theoria microbiana penetrou nos cerebros mais empedernidos, como empedernidos, fixados, ficaram, para todo o sempre, os risos de mófa de seus contradictores. A endocrinologia tambem tem os seus detractores: os que a ignoram; tempo virá em que, pela força das circumstancias, diante do claro cada vez maior que vae lançando sobre o campo da Medicina, a endocrinologia, os mais refractarios serão obrigados a acompanhar o movimento, na ultima fila, ou, com um esforço enorme, adiantar-se ás primeiras.

Perdoem-me, os meus illustres collegas, estas palavras, que não são dirigidas a nenhum dos membros desta sociedade, estudiosos, que são.

Taes palavras traduzem, tão sómente, mas de um modo sincero e forte, a resposta aos que, na sua aversão ao estudo, qualificam de maniacos, aquelles que, sem idéas preconcebidas, mas com o só desejo de se instruir, consomem uma boa parte de suas energias no estudo de uma questão que, si ainda apresenta falhas, si ainda pontos escuros, encerra ensinamentos irrefutaveis, das quaes um grande bem já decorreu para a humanidade.

E é para que bens maiores advenham, para que esses pontos nebulosos se dissipem, que o esforço de cada um se torna indispensavel.

Syphilis e glandulas endocrinicas

Prof Ulysses de Nonohay

Que é a Syphilis?

Até hoje não ha quem saiba responder o que seja realmente esta molestia.

Emquanto se aperfeiçôa a sua clinica, o diagnostico se precisa, a therapeutica adquire maior efficacia, a sua pathogenia continua ou se faz mais obscura.

Parece que todos os autores, mesmo após a descoberta do agente causal daquella molestia, evitam abordar o assumpto, que continúa aberto...

Então se acredita que é uma septicemia especial, chronica, ou com Ravaut, que é infecção do systema nervoso, principalmente meningéa.

A' primeira hypothese respondem todas as tentativas de inoculação do sangue, seguidas de insuccesso, salva a classica dos tres medicos; respondem todas as pesquisas de Treponemas, que, só por excepção rarissima, foram encontrados naquelle tecido, ao envez dos spirochoetas da febre recorrente, que formigam nelle, durante os accessos febris.

Para a theoria Meningéa ficar de accôrdo com a observação clinica foi necessario forçar a physiologia normal humana, ao mesmo tempo que desprezar a microbiologia da Syphilis.

E assim a meninge passou a ser o ninho dos Treponemas, porque não pôde ser attingida pela medicação especifica, que só atravessa o systema nervoso quando injectada no canal medullar.

E, enquanto o sangue deve ser o liquido que banha todas as cellulas do organismo, que vai nutrir para a vida e para o desenvolvimento, admittida aquella hypothese, temos de crer que ha em qualquer parte do systema nervoso um extranho filtro que retém alguns medicamentos que nelle circulam, mercê da intervenção therapeutica.

Onde está, onde se esconde?

Ninguem o sabe nem a elle se refere o autor da theoria.

E' desprezada a microbiologia, porque nunca foram encontrados, nos centros nervosos, os Treponemas, fóra dos casos da Syphilis se ter extendido até lá e em que aquelle micro-organismo, como nas diversas manifestações deste mal, existia nos vasos que servem á região attingida.

No emtanto estas idéas ainda circulam e são geralmente acceitas.

Idolos de pés de barro, poderá a sciencia, ao serviço da razão, derrubar-vos sem estrepito?

A microbiologia

Com a descoberta de Schaudinn e Hoffmann, têm-se multiplicado os estudos e as pesquisas dos Treponemas, de sorte que toda a tentativa séria de pathogenia da syphilis, deve começar por apprehender os habitos e a evolução d'aquelle microbio no organismo infectado, ao mesmo tempo que pôr isto em parallelo com a marcha da molestia, sua consequencia proxima.

Pois bem! Depois de um periodo de incubação de duas a trez semanas, que parece reservado pelos Treponemas á sua multiplicação, surge o cancro, o syphiloma inicial.

No cancro

A primeira impressão, que se tem na pesquisa dos Treponemas no cancro, é que estes parasitos seguem uma via de penetração.

Assim, enquanto raros ou nullos na superficie, elles abundam no derma, nas partes profundas da lesão, ao "redor" dos vasos sanguineos, "dentro" dos lymphaticos, sobre a bainha dos nervos.

A este proposito escreve Levy-Bing: "No centro, profundamente abaixo do meio da erosão, é o conjunto mesmo dos tecidos, antes

de tudo, no entanto, os feixes de fibras conjunctivas que os Treponemas occupam em numero consideravel.

Ahi, ainda, a sua distribuição é irregular e, si em algumas partes existem em numero moderado, em outras são em numero tão prodigiosamente grande que os feixes de tecido conjunctivo parecem exclusivamente constituídos por elles.

E' interessante notar, a este proposito, com que fidelidade os Treponemas esposam a direcção das fibrilhas: rectos quando são rectas, ondulados, quando onduladas, seccionados obliquamente ou transversalmente e apparecendo como bastonetes ou pontos negros, quando foram interessados por uma secção obliqua ou transversa.

Sem duvida isso é devido a que elles se acumulam ahi, onde encontram maior resistencia á progressão, isto é, nas fendas do tecido conjunctivo, que são parallelas ás fibras e a origem, como se sabe, das vias lymphaticas."

Tambem ha uma outra hypothese que explica esta preferencia: a progressão dos parasitos em busca dos vasos lymphaticos.

As pesquisas de Blascho provaram que só por excepção, como empurrados, é que os Treponemas penetram nos vasos sanguineos.

Ao contrario, sempre abundam nos vasos lymphaticos e são, ás vezes, encontrados na bainha conjunctiva dos nervos, no interior mesmo, isto é, entre as fibrilhas.

De toda a sorte, dá-se a migração do parasito, que em breve vamos acompanhar no periodo secundario da molestia.

Adenite satellite

Ao lado do cancro, surgindo com elle e com elle constituindo o periodo primario, está a Adenite.

Quantas vezes é aquelle tão insignificante que só se torna possivel o diagnostico pela palpação do ganglio proximo?

Emtanto, clinicamente, esta Adenite, salvas as infecções secundarias, não têm o character inflammatorio, de reacção á infecção.

E' uma hypertrophia ganglionar, dura, fria, indolente.

Será porque o Treponema é protozoario?

Porém isto é uma questão discutivel e ve-

jamos, pois sómente, como se encontram os Treponemas no ganglio.

Hoffmann e Beer, no seu trabalho resumido por Levy-Bing, dizem que estes parasitos, pelo seu maior numero, eram situados ao nivel da zona cortical, não longe do seio marginal, formando verdadeiros enxames, em redor das paredes vasculares e nas trabeculas.

Porfim, depois de assignalarem a grande riqueza dos ganglios em Treponemas, affirmam que alguns dos numerosos parasitos, "contidos nas paredes vasculares, são dirigidos normalmente para a luz do vaso e penetram manifestamente na corrente circulatoria."

A migração

Das duas primeiras manifestações da Syphilis o Treponema emigra para o interior do organismo, atravez da corrente circulatoria.

E' provavel, como bem assignala Levy-Bing, que os parasitos, multiplicando-se, sejam arrastados pelo vis a tergo para dentro dos vasos sanguineos, ou então, em busca do habitat propicio, penetrem no interior dos mesmos.

Este facto é provado, não só pelas pesquisas de Hoffmann e Beer, como pela circumstancia notavel de que só neste periodo da Syphilis, os Treponemas, ao inverso dos outros, seguem esta marcha de fóra para dentro d'aquelles vasos.

Porém o sangue parece ser um meio desfavoravel para o Treponema (Levy-Bing), a ponto que este só se serve delle, como um meio de transporte.

Assim, quando nos capillares, diminue a corrente sanguinea, aquelles parasitos, de maneira activa, emigram de dentro para fóra, atravez da parede do vaso, indo assim dar logar ás manifestações secundarias.

Outras vezes, se engancham nas paredes vasculares, as quaes, reagindo pela fórma commun aos demais tecidos, dão logar a outros processos pathologicos da Syphilis.

Polyadenite

Porém ainda ha um facto clinico a assignalar na transição do periodo primario para o periodo secundario da syphilis: a polyadenite, constante, fatal, inevitavel.

Só vejo uma explicação para este phenomeno: a preferencia dos Treponemas pelo tecido ganglionar e a sua multiplicação dentro delles, verdadeiras estações, donde elles partem para levar a infecção ao organismo.

Orgãos da defeza, elles retêm o parasito, poderão objectar os idolatras da theoria pathogenica sanguinea da syphilis.

Porém, como é sómente nesta molestia, que a natureza muda os seus processos de reacção antixenica?

A Polyadenite não é a consequencia de infecções da proximidade; é dura, indolor, aplegmasica...

E, facto mais notavel ainda, num caso de Lues, latente ha mais de dois annos e que clinicamente era reconhecida pelos antecedentes e pela persistencia da polyadenite, a punção ganglionar foi positiva, revelando um numero avultado de Treponemas.

Duas conclusões

Duas conclusões já resaltam neste primeiro periodo: o ganglio satellite não é uma reacção á infecção local, que é insignificante ou apparece concomitantemente com elle; na migração do parasito, antes de quaesquer outros tecidos e ás vezes, fóra mesmo de outra manifestação especifica, a Polyadenite é constante e inevitavel.

Nestas condições, parece que o parasito, em sua migração, se detém de preferencia nos ganglios lymphaticos, onde encontra o habitat favoravel á sua multiplicação.

A não ser assim, não se explicaria como nestes orgãos ha, ás vezes, lesões histologicas insignificantes, com verdadeiros enxames de Treponemas, bem como serem nelles observados, ao contrario das outras manifestações, salvo o cancro inicial, aquella disposição dos parasitos, normalmente dirigidos para a luz dos vasos, em que penetram de fóra para dentro.

Que são os ganglios?

Os ganglios são glandulas de secreção interna.

Veremos, a seguir, que, a exemplo delles, outras participam do processo morbido da Syphilis, soffrendo ás vezes, perturbações na sua função, outras supportando os Trepone-

mas, como saprophytos, até que circumstancias, ainda desconhecidas, os façam novamente multiplicar e se tornar pathogenicos.

São os ganglios lymphaticos, são as mais superficiaes das glandulas endocrinicas, os nichos em que dormem os Treponemas, durante os primeiros periodos da latencia da syphilis.

A glandula thyroide

Mez e meio a dois mezes após a eclosão do cancro, começam os accidentes geraes da Syphilis.

Si alguns destes, como a syphilides cutaneas e mucosas, são expressão do ataque local do Triponema, que, chegado nos capillares, se aproveita da demora da circulação, atravessa a parede do vaso, e vae provocar aquella manifestação, outros indicam emtanto que novas glandulas são invadidas pelo parasito.

Tal é o caso, por exemplo, da Alopecia, que tão commumente apparece neste periodo.

Mais do que eu pudera dizer neste sentido, está a traducção do que sobre a Alopecia Thyroidéa escreveram Levy-Rotschild, uns dos que mais se especialisaram no estudo desta glandula, e a descripção da Alopecia Syphilitica, feita, ha muitos annos, pelo profundo observador que era Alfredo Fournier.

Depois de descreverem as fórmulas adquiridas ou congenitas da Alopecia Thyroidéa e que tão bem condizem com a syphilitica, Levy-Rotschild descrevem assim a queda dos pellos superciliares: "Por causa das nossas pesquisas, Apert e Goett propuzeram chamar de signal de Levy-Rotschild as perturbações que tinhamos resumido sob o nome de *signal do supercilio*.

Os diferentes pontos, que estabelecemos, foram confirmados, além disto, ulteriormente, por Minoret, Carles, Collard-Huard etc., e Michel consagrou sua these ao supercilio nas suas relações com o corpo thyroide.

A perturbação superciliar que se encontra na hypothroidia se traduz commumente pela ausencia ou rarefacção dos superciliares, em sua parte externa, coincidindo com um fraco desenvolvimento geral do supercilio.

Quando a hypotrichose superciliar é maxima, ha ausencia geral do supercilio.

Em gráo, menos adiantado, falta o terço externo do supercilio, com superciliares desenvolvidos de outra parte."

E mais abaixo, a proposito d'esses superficialios quebrados, diz o seguinte (textual):

... Sob o ponto de vista diagnostico constitue um signal importante e quasi revelador da Syphilis, ás vezes revelador por si só e fóra de qualquer outro symptoma.

Eu muitas vezes contei aos meus alumnos que me tinha acontecido mais de uma vez fazer, graças só a elle, o diagnostico de Syphilis sobre individuos que eu não conhecia, por exemplo sobre um vis-a-vis de omnibus ou carro publico.

Tambem este signal se vulgarisou desde então, sob o nome de *signal de omnibus* para o uso do diagnostico da syphilis, denominação um pouco fim de seculo, de que eu sou culpado, porém não me importa.

O essencial é conhecer e utilizar este signal, com qualquer nome que se lhe dê.

Ora, eu repito é um bom signal...

Si a insufficiencia Thyroidéa, por qualquer causa que seja, dá logar a um signal, fielmente reproduzido pela syphilis em um grande numero de casos, não é motivo para crermos que esta molestia procede assim por intermedio das alterações que provoca naquella glandula?

A supra renal

Esta glandula é tambem precocemente invadida.

Assim o typo asthenico do estado geral, na classificação de Fournier, e que é sem contestação mais commum, se faz á custa das alterações desse orgão.

Seria ocioso mostrar ainda as relações de causa e effeito entre os accidentes arsenicaes e a insufficiencia supra renal.

Porém, mais do que eu pudera dizer, põe-n'a em relevo esta observação de Jacquet e Sezary: Trata-se de um homem de 66 annos, tuberculoso, e no qual se verifica, a 22 de Setembro de 1905, uma erupção de syphílides papulosas generalisada, ao mesmo tempo que signaes manifestos de insufficiencia supra-renal.

Tratamento mercurial por injeccões, depois ingestão, e alta muito melhorado em fins de novembro.

A 14 de Janeiro de 1906 entra no hospital por novas papulas escrotaes: a 15 de Janeiro,

hemiplegia direita sem ictus e morte algumas horas depois.

A' autopsia, hemorragia cerebral esquerda.

Tuberculose do apice direito, em via de transformação esclerosa e calcarea.

As capsulas supra renaes são volumosas e duras e os unicos orgãos em que se pode verificar o Treponema.

Toda a pesquisa de bacillo de Koch foi absolutamente negativa.

As outras glandulas

Não posso, nesta communicação preliminar e geral, referir, uma a uma, as glandulas endocrínicas, cujas perturbações attestam a sua invasão, quando se generaliza a syphílis.

De passagem, porém, sejam assignalados o Diabetes, mais commum do que geralmente se pensa, insipido ou com glycosuria, talvez o pseudo rheumatismo especifico, a Magreza e a Obesidade.

Não faz muito, eu vi um caso destes n'uma mulher, que por ter tido uma manifestação syphilitica, foi sujeita ao tratamento mercurial. Este ataque da molestia foi seguido de uma Obesidade tão pronunciada e intensa, que a obrigou ao abandono da sua profissão, de artista.

O peor, porém, é que ella attribuiu este mal ao medicamento, a que não se quiz sujeitar mais de fórma alguma.

As glandulas genitales revelam frequentemente o progresso da syphilis até ellas.

São phenomenos locaes, como as metrorragias, as dysmenorrhéas, etc. nas mulheres; são phenomenos geraes, como a neurasthenia, o nervosismo, nas perturbações mentaes de toda a especie.

A este proposito citemos, de passagem, estas phrases de Virchow e Haeckel: "A mulher é tal, unicamente por suas glandulas geradoras. Todas as particularidades do seu corpo e espirito, sua vida nutritiva, sua actividade nervosa, a delicadeza, a fórma arredondada dos membros, o largo da bacia, a profundeza do sentimento, a doçura, a abnegação, a fidelidade, em summa todos os caracteres essencialmente femininos que admiramos e veneramos na verdadeira mulher, tudo depende do ovario. (Virchow.)

"Não é o homem completamente homem de corpo e alma, senão por suas glandulas geradoras (Haeckel.)"

E é ou não a Syphilis que, desprezadas mesmo as manifestações com substractum anatomico, revolve, deprime, fére às vezes de morte, todas as funcções cerebraes humanas?

Microbiologia

Poderia o facto clinico da predilecção da syphilis pelas glandulas endocrínicas ser sómente a expressão de uma face interessante na marcha daquella molestia.

Porém a microbiologia nos revela dois factos que carecem postos em relevo: em primeiro logar, as reacções desses orgãos nunca estão em relação com a sua riqueza em Treponemas; em segundo — estes parasitos affectam disposições que attestam a sua preferencia pelas cellulas do parenchyma glandular, bem como a continuidade da sua orientação normal á luz dos vasos, como em caminho de serem lançados na corrente criculatória para propagarem a syphilis.

Na placenta

A placenta, como se sabe, é uma glandula que Gley colloca na sua classificação, como reguladora e excitante de funcções.

Sobre a sua riqueza em Treponemas, diz Levy-Bing que estes parasitos foram encontrados, quer na placenta materna, quer na placenta fetal.

Wallich e Levaditi, por sua vez, affirmam, nestas palavras, o resultado de suas pesquisas histopathologicas: "*Em summa não se acharam até aqui na placenta lesões manifestamente syphiliticas, si bem que a postura em evidencia dos Treponemas, neste orgão, adquire por este facto uma utilidade diagnostica tanto maior.*"

Estes parasitos foram vistos em todas as porções, desde o eixo da villosidade até a peripheria.

Muscha e Scherber assignalam a sua disposição normal para a luz dos vasos e Nattan e Larrier, estudando a localisação do Treponema na caduca, chegam á conclusão que só ha dois processos de emigração daquelle micro-organismo para os tecidos maternos: a) alteração do plasmodio da villosidade e

passagem por intermedio dos infarctus perivillositarios, com ou sem intervenção dos leucocytos, processo pathologico; b) transmissão pelas cellulas de Langhans proliferadas na caduca, processo physiologico tanto mais importante quanto a cellula de Langhans pôde penetrar até o systema vascular materno.

Nas outras glandulas

Para evitar repetições, direi que os Treponemas foram vistos no figado, nas capsulas supra renaes, na thyroide, no thymus, no pancreas, no baço, nas glandulas da mucosa intestinal, no ovulo, etc.

Sobre o figado, cuja riqueza em Treponemas é classica em Herodosyphilis, é necessario archivar que nas observações ora a reacção era apenas indicada, sem que a cellula hepatica manifestasse a menor alteração, ou ao contrario era intensa, invasora, deslocando as trabeculas, comprimindo, dissociando as cellulas do parenchyma.

Entz fez um estudo muito preciso da distribuição dos Treponemas no pancreas, pelo qual se conclue que aquelles parasitos penetram no protoplasma das cellulas secretoras, parallelamente a cujo eixo se dirigem para as cellulas dos ilhotes de Langerhans e para as dos tubos excretores; pôde se achal-os na luz mesmo desses ultimos, misturados ao liquido secretado pela glandula.

Aqui, como em outras glandulas, os Treponemas foram vistos, acompanhados de lesões do pancreatite intersticial, mais ou menos intensa, ou, ao contrario, como no caso de Gierke, onde havia grande abundancia daquelles parasitos, sem a menor alteração histologica do orgão.

Localisação endocellular

Ha um facto notavel a assignalar sobre as relações do Treponema com as glandulas endocrínicas: a sua existencia, muito commum, dentro das cellulas secretoras.

A este respeito escreve Levy-Bing: "A realidade desta ultima localisação não poderia mais ser posta em duvida e, si se discute ainda para saber como se effectúa a penetração do micro-organismo na cellula e de que maneira estes dois elementos reagem, um sobre o outro, o facto brutal da existencia intracellular do Treponema é hoje bem adquiri-

do" (Levaditi, Entz, Gierke, Nicolas e Fabre, Feiullé).

E' preciso, porém, accentuar que esta localização foi vista unica e exclusivamente nas cellulas glandulares: no figado, nas capsulas supra renaes, no pancreas, na mucosa intestinal, etc.

Não é bem eloquente este phenomeno para que acreditemos que os Treponemas, como os hematozoarios de Laveran no sangue, são parasitos das cellulas glandulares?

Não é justo que se o interprete, ao lado da manifesta preferencia daquelle micro-organismo por estes órgãos que, na sua lucta pela vida, os Treponemas os elegeram para os ninhos, em que se acoitam e em que se multiplicam?

Si, apezar das manifestações diversas a que dão logar, o paludismo, a pyroplasmose, etc. são sempre consideradas infecções hamaticas, pelo modo de vida do seu agente causal, porque a Syphilis, pelas mesmas razões, não deve ser considerada, antes de tudo, uma molestia glandular?

As dystrophias

Seria afastar-nos da natureza desse trabalho querer provar que todo o desenvolvimento organico está intimamente ligado e regido pelas diversas secreções das glandulas endocrinicas.

Nenhuma molestia, como a Syphilis, conhecemos culpada das dystrophias humanas.

Qual é o acervo da hereditariedade especifica?

Monstros, acromegalicos, myxoedematosos, debeis mentaes, anões, debeis vitaes, emfim toda a classe de dystrophizados, nervosos ou outros, em varios grãos de intensidade, que envergonham e annullam e matam a especie humana.

E, si a Syphilis assim procede, qual ou quaes os órgãos fez claudicar nas suas funções, ou então ferio de morte?

— As glandulas endocrinicas.

Não ha, muitas e muitas vezes, nestes casos de syphilis hereditaria outra manifestação que a revelada pela dystrophia.

Nestas condições, só as glandulas participam da Lues; porque pois não consideral-a uma endocrinopathia, tanto mais que mesmo, quando surgem outras manifestações especi-

ficas, a dystrophia existe sempre em concomitancia?

A Syphilis terciaria

A syphilis terciaria apresenta duas circunstancias que é necessario pôr em relevo: As gomas cutaneas, osseas, etc. são em geral desprovidas de Treponemas, emquanto as que attingem o figado ou outra glandula endocrica são ricas de parasitos.

Assim é que parece que aquellas manifestações são de ordem trophica exclusivamente, emquanto os parasitos destas são apenas expressão de que em todos os periodos da Syphilis as glandulas conservam o seu privilegio de ninho dos Treponemas.

Nesta questão de glandulas de secreção interna ha muita coisa ainda, demandando pesquisas e precisão.

De sôrte que são permittidas todas as hypotheses.

Ha, por exemplo, já um factio bem adquirido em endocrinologia: as relações intimas que conservam as glandulas com o systema nervoso central e sympathico.

Nestas condições, pôde-se crêr que, mercê das suas alterações, aquelles órgãos possam dar logar a manifestações, de ordem trophica, como sejam as gomas.

As glandulas e a vida

Sendo as glandulas, por suas secreções internas, os grandes reguladores do meio interior, e portanto a fonte de toda a vida, poder-se-ia extranhar que não fossem notadas as suas alterações em todos os casos de Syphilis, dada a preferencia exclusiva que merecem do Treponema.

Este factio é devido para mim a duas circunstancias: tolerancia dos órgãos para com os parasitos, supplemento das secreções pelo systema para-glandular.

Com effeito, como vimos, ha muitas vezes nas glandulas lesões insignificantes ou reacções, mesmo nullas, diante do parasito.

Quanto ao systema para-glandular, eis a synthese feita pelos professores Oscar de Souza e Aloysio de Castro:

1.º — As glandulas endocrinicas são acompanhadas, na economia humana, de formações, derivadas da mesma origem embryolo-

gicas, que attingem geralmente um certo gráo de differenciação;

2.º — Estas formações descriptas pelos auctores como glandulas accessorias, supranumerarias, ou nodulos glandulares aberrantes, integram o que podemos chamar orgãos para-glandulares.

3.º — Os orgãos para-glandulares constituem formações regulares, não sendo meramente curiosidades anatomicas, anomalias ou orgãos rudimentares;

4.º — O conjunto dos orgãos para-glandulares forma um *systhema* annexo ao *systhema* endocrínico;

5.º — O *systhema* dos orgãos para-glandulares constitue uma formação organica em plena evolução;

6.º — A concepção dos orgãos para-glandulares permite interpretar numerosos factos contradictorios e observações clinicas;

7.º — A concepção dos orgãos para-glandulares dá explicação de certos phenomenos de acção suppletiva, observados na economia humana.

Contraste

E' por este meio que se explica o contraste entre a Syphilis hereditaria e a adquirida.

D'um lado, em um organismo em formação, sem logar para os supplementos organicos, a morte ou a dystrophia são a consequencia fatal da Syphilis.

D'outro, pelo supplemento, pela possibilidade de defeza, a lucta se faz muitas vezes victoriosa para o organismo, si se intervém com uma therapeutica continua, energica e apropiada.

Na propria heredo-syphilis, quando não ferida de morte, a glandula, pela destruição dos parasitos, mercê da acção medicamentosa, ou por sua redução a saprophyta retoma o seu trabalho e pouco a pouco ha aquella transformação que somos costumados a assistir, em tantos casos da clinica.

Immunidade

Uma das consequencias mais notaveis da nova theoria pathogenica da syphilis será a reforma das nossas concepções actuaes sobre

a immunidade absoluta, apóz um ataque anterior da moéstia.

Com effeito: até agora se acredita que o syphilitico só readquire a molestia, si curado completamente do seu mal.

Assim mesmo, apesar de se terem multiplicado os casos de reinfección, como sóem ainda chamar-se, sempre costumamos receber com incredulidade, ou pelo menos consideral-os suspeitos de erros.

Como muitos medicos, eu tenho em minha clinica casos que, sem duvida, catalogaria como cancro hunteriano, si não fôra a certeza de que o doente já era um syphilitico antes do contagio.

Pois a prova mais frisante de que a Syphilis não é uma infecção de sangue, como geralmente se crê ainda, é que aquelles casos são effectivamente de cancro hunteriano.

Pelo aspecto clinico, pela evolução, etc., não se lhes podia negar essa qualidade, só se fazendo, agarrados como ostra ao rochedo de uma theoria pathogenica, errada e absurda.

Em meiados de Fevereiro do corrente anno, appareceu-me um doente com uma lesão da glande que considerei especifica.

Feito o exame bacteriologico no Instituto "Oswaldo Cruz", deu resultado positivo.

Desde d'ahi, este doente foi sujeito ao tratamento especifico, tendo feito semanalmente uma injección de Neosalvarsan de 0,15, outra de 0,30 e outra de 0,45, afóra injeções mercuriaes no intervallo.

As manifestações secundarias, salvo a Polyadenite, não surgiram, o que aliás é commum na syphilis tratadas.

O cancro desapparecera uns 15 dias depois, logo em seguida á segunda injección de Neosalvarsan.

Ha uns tres dias (19 de Abril), elle me mostrou uma ulceração surgida em outra porção da glande, com todos os caracteres de syphiloma inicial vinte dias, mais ou menos, apóz o ultimo coito.

Levei-o então ao Laboratorio do Dr. Pereira Filho, que se prestou a fazer o exame bacteriologico, cujo resultado foi tambem positivo.

Quantos casos de infecção de syphiliticos em actividade poderia citar?

Basta, porém este como o mais recente.

Dirão os idolatras da theoria hematica que

é uma reinfecção de um curado da molestia com aquelle tratamento insignificante.

Não expliquem a polyadenite: a casca dos classicos esconderá todo o sophisma.

A nova theoria

Penso já serem sufficientes os argumentos em que se estriba a minha nova theoria pathogenica da syphilis.

Verdadeira, ella terá de revolucionar todas as nossas idéas actuaes sobre syphiligraphia, maximé em relação á prophylaxia, que se deve extender aos infectados, tão energicamente como aquelles que estão livres da molestia.

Só isto era o bastante, si não fôra abrir um capitulo da endocrinologia que tanto ainda promette á sciencia humana.

Transmittindo a minha convicção ao mundo medico, arrisco-me a affirmar que a Syphilis é essencialmente uma molestia das glandulas de secreção interna, uma Endocrinopathia chronica.

PARECER

Srns.

Tem nestes ultimos tempos atravessado a sociedade de Medicina uma excepcional phase de actividade e de trabalho.

Primeiro foi o prof. Nonohay tentando estabelecer uma nova pathogenia da syphilis. Depois o prof. Olinto de cuja palavra severa, simples e eloquente parece-me ainda ouvir as suas ressonancias longinquoas. E ultimamente o prof. Annes Dias, na bella conferencia onde mostra as relações entre as grandulas de secreção interna e as perturbações do app. digestivo.

Hoje aqui nos encontramos de novo para satisfazeremos uma disposição de lei, a qual não podemos fugir e que perde em valor e brilho por injustamente ter recahido no mais humilde dos vossos associados.

O conceito da molestia no desenvolvimento da pathologia soffreu, atravez dos tempos, pelo evöluir das sciencias, a mais profunda transformação. Um conjuncto de dogmas e principios esboçaram desde a epocha primitiva da nossa medicina um corpo de doutrina pelo qual se explicavam as causas morbidas, o seu mechanismo, isto é, o modo pelo qual agiam, perturbando o equilibrio funcçional dos

seres. E assim, partindo da pathologia humoral de Hypocrates, encontramos o solidismo da escola de Alexandria, o Archeus de Paracelso, o iatro-mechanicismo e o iatro-chimismo da pathologia humoral discrasica, o animismo de Stahl, a irritabilidade de Glisson, a força vital de Richerand.

A' philosophia vitalista synthetica de Bichat et Barthez succedeu o vitalismo experimental e analytica de Laennec, Claude e Pasteur.

Cogitações aprioristicas vinham entrar a larga estrada da verdade scientifica que surgiria com Virchow, fundando a pathologia cellular. Laennec, Cruveilhier e Claude Bernard, associando a anatomia pathologica a pathologia experimental, até que chegamos com Pasteur e Kock a doutrina do contagio vivo.

Iniciou-se assim uma nova era no estudo das molestias infecciosas cuja etiologia permittiu bem comprehendel-as.

A pathogenia, ou mechanismo de acção destas molestias, si por um lado encontramol-a determinada pelos estudos experimentaes e anatomo-pathologicos para grande numero d'ellas, como a tuberculose, a febre typhoide, a diphteria, o tetano, etc.; por outro ainda se investiga e se discute este mesmo mechanismo, dando logar a que surjam interpretações contradictorias. E' o caso da syphilis. E' a razão de ser do trabalho do prof. Nonohay, que vamos analysar.

Não fôra a surpresa com que me fulminou a respeitavel vontade do Prof. Sarmiento Leite, estaria eu como todos nós, tranquillo, assistindo a uma das sessões mais interessantes desta Sociedade. Porque, Srns., declaro-vos com a mais franca das verdades, desapaixonadamente, sinceramente: não comprehendí o trabalho do prof. Ulysses. E si a pathogenia da syphilis tem pontos obscuros, encontrei-os tambem eu e em não pequeno numero nesta nova theoria, que victoriosa, trará, estou certo, a reforma radical de tudo aquillo que aprendemos, que praticamos e que ensinamos. Urgirá que se faça uma completa e profunda revisão.

Ora, a revisão, espantallo dos politicos, custa-me acreditar que se possa fazer em sciencia sem grande estardalhaço.

Sua Exc. inicia o seu trabalho com a seguinte sentença: " Até hoje não ha quem sai-

ba responder o que seja realmente esta infecção!" No entretanto Gougeraud, prof. da Faculdade de Medicina de Paris, no seu livro sobre a syphilis dá-nos uma definição precisa, clara, inconfundível, dizendo: "A syphilis é uma toxi-infecção devido ao treponema pallido de Schaudinn-Hoffmann, infecção adquirida pelo contagio ou transmittida hereditariamente, podendo attingir todos os tecidos e evoluir durante annos por poussées..."

Não acredito que o prof. Ulysses de Nonohay desconheça o que seja a syphilis. A ser verdadeira a primeira sentença do seu trabalho, não sei como possa fundar ou crear uma theoria pathogenica sobre uma molestia que não sabe realmente o que seja. Ficaria melhor que isto viesse no fim e deste modo: até hoje não ha quem saiba responder o que seja a pathogenia da syphilis.

Não acredita que seja uma septicemia especial chronica pelas tentativas infructiferas de innoculação no sangue.

O sangue não é um meio favoravel á evolução de todos os germens, tanto mais quanto é nelle que se encontram os principaes elementos de defesa a oppôr ao desenvolvimento das molestias infecciosas. A respeito diz Levaditi: tudo se passa como se o virus fosse destruido pelo afluxo rapido dos phogacytos. Tudo isto depende da quantidade do virus, da sua virulencia, da resistencia inherente ao individuo (Ziegler).

Antes do accidente local macroscópico, segundo trabalhos de Levaditi, Mauquelién e Gammamouchi, verifica-se um abundante accumulo de lymphocytos em torno dos vasos capillares e uma tumefacção do endothelio vascular. A experimentação mostra que antes do apparecimento do cancro, o virus se espalhou nos órgãos pelo aparelho circulatorio. Neisser mostrou que o sangue é virulento desde o 5.º dia depois da innoculação e que o baço o contem activo desde os 14 dias. Os órgãos tornam-se nitidamente virulentos depois do accidente primitivo. E' isto o que encontro nos tratados de anatomia pathologica. São dados positivos que reafirmam o caracter de septicidade da syphilis negado pelo prof. Nonohay na sua communicação.

Falando sobre a localisação menígea escreve o seguinte: "Para a theoria menígea ficar de accórdo com a observação clinica foi

necessario forçar a physiologia normal humana, ao mesmo tempo que desprezar a bacteriologia da syphilis. E assim a menígea passou a ser o ninho dos treponemas, porque não pôde ser attingida pela medicação especifica, que só atravessa o systema nervoso quando injectada no canal medullar."

O meu pensar sobre este ponto é tão antagonico que, para acceitar como verdade o que diz o prof. Nonohay, seria necessario provar que existe um systema vascular para o systema nervoso completamente independente do systema circulatorio geral. O extranho filtro de que fala e cuja funcção é reter os medicamentos, impedindo-os de chegar até o systema nervoso, não existe. E' uma phantasia anatomica creada para mascarar uma verdade therapeutica. Como se poderá evitar a acção directa de um sal mercurial em injeccão endovenosa sobre as menígeas, o encephalo e a medulla?

Só mesmo admitindo um filtro e como este não existe, vemos a syphilis cerebral revelada nas artherites syphiliticas, nas gommias, na pseudo paralysis geral syphilitica, na syphilis sclero-gommosa do cerebro e das menígeas ceder ao tratamento especifico.

Sobre o mesmo assumpto continúa o prof. Nonohay:

"E' desprezada a bacteriologia porque nunca foram encontradas nos centros nervosos treponemas, fóra dos casos da infecção se ter extendido até lá e em que aquelle organismo como nas diversas manifestações da syphilis existia nos vasos que servem á região attingida." Seria interessante encontrar-mos treponemas no cerebro antes da infecção chegar até lá. Não me parece exacto que estas idéas sejam acceitas, tão absurdas e illogicas se nos mostram. (Refiro-me ao que foi expellido sobre a theoria menígea.)

Estudando o accidente inicial verifica a preferencia do treponema pelos vasos lymphaticos, concluindo que só por excepção penetram nos vasos sanguineos. Ora, vejamos o que diz Ziegler no seu tratado de anatomia pathologica sobre este assumpto:

"A presença do treponema no sangue, no interior dos vasos sanguineos e lymphaticos foi nitidamente constatada, como o indicamos já varias vezes por causa de sua importancia. De resto, está demonstrado experimentalmen-

te a infecciosidade do sangue do homem syphilitico por innoculação positiva no macaco, embora os treponemas sejam pouco abundantes no sangue e a sua presença ahi seja passageira, momentanea. No entretanto teem-se razões para admittir (Levaditi), que o sangue dos syphiliticos possa ser infeccioso já 40 dias depois da innoculação, isto é, 2 a 3 semanas antes do apparecimento da roseola e que pôde guardar sua virulencia mesmo 6 mezes depois do começo da molestia." (Hoffmann. O treponema existe no sangue dos syphiliticos hereditarios, elle ahi é mais abundante do que no sangue dos syphiliticos por innoculação." De resto é o proprio prof. Nonohay que, citando um trecho de Levy-Bing escreve: "alguns dos numerosos parasitas contidos nas paredes vasculares, são dirigidos normalmente para a luz do vaso e penetram manifestamente na torrente circulatoria" e mais adiante affirma cathegoricamente: "das duas primeiras manifestações o treponema emmigra para o interior do organismo atravez da corrente circulatoria." Esqueceu ter combatido a hypothese da septicemia especial pelas tentativas infructiferas de innoculação no sangue, pois aceita aqui a migração pela torrente circulatoria.

Sobre a polyadenite que diz ser constante, fatal, inevitavel, só acha uma explicação para este phenomeno — a preferencia dos treponemas pelo tecido ganglionar e a sua multiplicação dentro d'elles, verdadeiras estações donde partem para levar a infecção ao organismo, e accrescenta: orgãos de defesa, elles retêm o parasita, poderão objectar os idolatras da theoria pathologica sanguinea da syphilis.

Esta preferencia não é propriedade exclusiva do treponema. Phenomeno de verificação banal, ella pôde ser observada num grande numero de molestia infecciosas. Si fizermos uma injeção de uma cultura de bacillos de Koch no derma um pouco acima da região inguinal verificaremos como consequência a adenite tuberculosa com lesões de caseificação. Além do que as pesquisas bacteriologicas confirmam a adenite bacillar. As infecções pelo estaphylococcus e pelo streptococcus se acompanham sempre de adenites correspondentes. Isto não se verifica sómente com os germens infectantes. Mesmo granulos

pigmentados são transportados por via lymphatica a capsula, aos seios lymphaticos corticaes, pelos vasos afferentes, e dahi aos seios medullares, donde partem pelos vasos efferentes.

O que é o ganglio? E' um orgão lymphoide onde as glandulas se desenvolvem na intimidade dos folliculos e dos cordões folliculares, multiplicando-se por divisão kariokinetica. Si o ganglio é um orgão lymphoide onde se desenvolvem e multiplicam elementos figurados que vão enriquecer o sangue? Si o ganglio é a barreira ás vezes intransponivel onde se intensifica a lucta entre os elementos figurados do sangue e os agentes infectantes, porque não consideral-o como orgão de defesa? Aceitamos a propagação da syphilis por via lymphatica, mas acreditamos que ella se faça tambem e principalmente pelo sangue.

Bem vêdes que os idolatras da theoria sanguinea, que, como eu, consideram a syphilis como uma septicemia teem as suas razões e poderosas. Ora, ellas não foram nem de leve abaladas no estudo que sobre o assumpto fez o prof. Nonohay, e sendo assim continuam de pé, ainda soberanas, esperando talvez que estudos mais convincentes e mais logicos trabalhem na sua demolição.

Acha o prof. Nonohay que a natureza muda os seus processos de reacção antixenica na infecção syphilitica e vae bem longe quando escreve: "a polyadenite não é a consequencia da infecção de proximidade, é dura, indolor, aphlegmasica!..."

A unica differença que observo é o caracter especial das adenites consecutivas ao accidente inicial, pois realmente não suppuram. Este phenomeno reaccionario não é exclusivo á syphilis, pois nas adenites consecutivas a infecções não syphiliticas se verifica tambem a ausencia de suppuração.

Não ha muito constatamos um caso de adenite axillar numa senhora portadora de um abcesso do seio. A falta de suppuração desta adenite não nos surpreendeu.

Nem sempre as polyadenites especificas são indolores e a proposito citarei o caso de um rapaz de 22 annos, infectado ha tres mezes, com cephalalgia, dôres articulares, mostrando uma adenopathia notavel pelo desenvolvimento exaggerado dos ganglios inguinaes, epitrocleanos e occipitales que se apresentavam

dolorosos á palpação. Examinado, a meu pedido, por um especialista, foi o diagnostico confirmado, reconhecendo tambem este o caracter doloroso de todos os ganglios, á palpação. E os casos de polyadenites inguinaes acompanhados de phenomenos dolorosos intensos que exigem intervenção cirurgica?

O facto das adenites especificas serem na generalidade dos casos aphlegmasicas e indolores, não exclue o seu caracter reaccionario, pois sabemos que existem processos chronicos *d'emblee* onde estes phenomenos não se verificam clinicamente.

Diz o prof. Nonohay não ser o ganglio satellite uma reacção á infecção local por ser insignificante ou apparecer comcomittantemente com elle.

Mas onde ficam os processos anatomo-pathologicos e as pesquisas microbiologicas que estabelecem incontestavelmente a relação de dependencia ou melhor de causa e effeito entre um e outro?

O ganglio é sempre a consequencia do accidente inicial, assim como a polyadenite generalisada traduz a propagação do treponema a toda a economia.

Para terminar esta questão dos ganglios vemos o que a este respeito diz Ziegler:

As infecções syphiliticas dos ganglios lymphaticos são devidas notadamente a adulteração especifica da corrente lymphatica que as atravessa, ou mais raramente á metastase de origem hematica, e a esclerose syphilitica inicial vem de ordinario depois do entumescimento ligeiramente doloroso dos ganglios mais proximos, entumescimento que se designa sob o nome de *bubon indolente*.

O intumescimento é determinado sobretudo pelo accumulo de leucocytos e durante muito tempo estas cellulas caracterizam estas lesões por sua presença. Póde este processo terminar no endurecimento fibroso, na suppuração ou na caseificação.

Os ganglios são glandulas de secreção interna, diz o prof. Nonohay. Não ha duvida alguma que elles affectam relações morphologicas e physiopathologicas com as glandulas de secreção interna, mas ha um aspecto da questão que os differencia d'estas e pelo qual Peide, autoridade incontestavel no assumpto, separa-as por completo das glandulas de secreção interna propriamente dita. Sobretudo

pela razão que elles têm no organismo uma outra função especial, a de contribuir para a formação e distribuição dos elementos morphologicos do sangue, assim como prover a defesa deste mesmo organismo mediante a formação de anticorpos, propriedade esta que parece não possuirem as verdadeiras glandulas de secreção interna.

Todo o órgão, todo o tecido, toda a cellula possui uma secreção interna, diz o creador da escola physiologica, Claud e Bernard. Mas o conceito de glandulas de secreção interna deve ficar circumscripto aos órgãos com estrutura e função essencialmente glandulares e possuindo função bem especialisada. A universalisarmos este conceito passam todos os phenomenos do organismo para o terreno de endocrinologia, o que me parece ainda não se ter licença para fazel-o. No entretanto, devo dizer de passagem, o periodo historico que atravessamos é essencialmente demolidor. A' guerra das nações em armas succederam as revoluções sociaes e politicas. O maximalismo victorioso na Russia tenta irromper por toda a parte. E' possivel que elle tambem appareça na Medicina?

Continuando no seu trabalho, demora-se o prof. Nonohay em registrar a repercussão da syphilis na glandula thyroide e nas capsulas supra-renaes, reproduzindo phenomenos por demais conhecidos.

A alopecia, que se mostra diffusa ou em clareiras, si póde ser determinada por perturbações da thyroide, póde tambem ser a consequencia de localizações do triponema sobre o couro cabelludo. A pequena insufficiencia da thyroide determina, é certo, a hypotricose, mas isto tanto se encontra na syphilis como em qualquer outra molestia com repercussão sobre esta glandula.

As intoxicações, as infecções e até mesmo um agente physico pódem determinar hypothyroidismo.

Figuro o caso de um doente que se tenha submettido ao tratamento pelo R. X, indicado por uma lesão tuberculosa do pescoço, e supponhamos que condicções especiaes que não valem a pena reproduzir aqui, façam apparecer signaes e perturbações denunciadoras da pequena insufficiencia thyroide. Lamentavel situação a d'este doente; lesões tuberculosas da pelle, hypothyroidismo decorrente do tra-

tamento e ainda sujeito a um processo de diagnostico *fin du siècle*, que, si fizer systema, exigirá por certo de nós a intensificação dos cuidados de *camouflage* individual, para que possamos deste modo fugir ao olho clinico dos endocrinologistas, que ao mesmo tempo que nos olham nos diagnosticam.

Ora, si a insufficiencia thyroideá, por qualquer causa que seja, dá logar a um signal fielmente reproduzido pela syphilis em um grande numero de casos, não é motivo para crermos que esta infecção proceda assim por intermedio das alterações que provoca naquella glandula? E eu pergunto: quem dentre nós terá duvidas sobre as perturbações geraes determinadas pela syphilis localisada na thyroide. Por acaso é isto o que constitue o principal motivo do trabalho que commento? Não, Snrs. O que o illustre prof. Nonohay tenta provar é ser erroneo o caracter septicemico d'esta infecção e que pertence ella essencialmente ás glandulas de secreção interna.

Da thyroide vae á supra-renal e diz ser esta glandula precocemente invadida e accrescenta que seria ocioso mostrar as relações de causa e effeito entre os accidentes arsenicaes e a insufficiencia suprarenal. Esta precocidade de invasão não dependerá justamente do caracter septicemico da syphilis? Depois não se verifica exclusivamente pará as glandulas de secreção interna. As ostealgias tão commumente encontradas na tibia, no calcaneo, no esterno, nas costellas, no craneo. As periostites secundarias precoces. As asthralgias, as sinovites secundarias, as myodinias e até mesmo o pseudo-rheumatismo secundario são muitas vezes precoces. Ora, si o processo se generaliza e diffunde a quasi toda a economia, porque extranharmos localisações para as glandulas de secreção interna, relacionadas tão intimamente que são com todos os órgãos e tecidos da economia?

A segunda parte d'esta passagem merece algumas palavras. Sua Exc. referiu-se ligeiramente aos accidentes arsenicaes e a insufficiencia suprarenal, dizendo ser ocioso mostrar as suas relações. Refere-se, quer me parecer, á reacção de Herxheimer.

No entretanto, Leredde diz ser duvidosa a pathogenia das reacções do arsenobenzol, merecendo novos estudos. E mesmo affirma serem os phenomenos de Herxheimer mais in-

tenso e mais temiveis pelo accumulo de arsenobenzol no organismo. Este facto prova que o estudo da eliminção arsenical no syphilitico e sobretudo naquelles que accusam alterações renaes e cardio-vasculares apresenta um real interesse pratico.

E' evidente que nas alterações renaes a ausencia de eliminção arsenical realisa condições favoraveis á reacção de Herxheimer.

São aconselháveis exames successivos das urinas para avaliarmos da bôa ou má eliminção do arsenozenzol. São estas as considerações que encontro no recente livro de Leredde (1918). Por ellas vemos que não se trata exclusivamente de uma perturbação endocrínica.

A observação de Jacquet e Sezany, descrita com relativo detalhe no trabalho do prof. Nonohay faz juz a algumas palavras. A observação: "um homem de 66 annos, tuberculoso e no qual se verifica, a 22 de Setembro de 1908, uma erupção de syphilides papulosas generalisadas, ao mesmo tempo que signaes manifestos de insufficiencia suprarenal. Tratamento mercurial por injección, depois por ingestão e alta muito melhorado no fim de Novembro. A 14 de Janeiro de 1906, entra no hospital por novas papulas escrotaes. A 15 de Janeiro hemiplegia direita, sem ictus e morte algumas horas depois.

A autopsia — hemorragia cerebral esquerda. Tuberculose do apice direito, em via de transformação esclerosa e calcarea.

As capsulas supra-renaes são volumosas e duras e os unicos órgãos onde se poude verificar o treponema."

As poucas observações que illustram o trabalho do prof. Nonohay nem sempre falam em apoio das idéas que expende; é o que se infere d'esta que acabamos de lér. Affirma Sua Exc. contrastarem as lesões das glandulas com a sua riqueza em treponemas.

No caso acima referido são registradas lesões tão accentuadas que determinaram não só o augmento de volume, como tambem de consistencia do órgão. Depois ha ainda a existencia exclusiva de treponema neste mesmo órgão. Isto num individuo que apresenta syphilis e lesões vasculares profundas, a ponto de determinarem hemorragia e morte. Só si se quizermos pôr de lado a pathogenia da syphilis e dos aneurysmas, removendo tudo

isto para o terreno ainda movediço do endocrinismo.

Vejamos o que diz Luciano e Parisot a este respeito, isto é, quando estudam a acção da syphilis sobre as capsulas supra-renaes: A syphilis supra-renal é hereditaria ou adquirida, porém, muito menos rara no primeiro caso que no segundo. As lesões pelas quaes a syphilis se manifesta neste órgão são muito variaveis. As mais typicas são as formações nodulares. Pequenos agglomerados de leucocytos, constituindo verdadeiras gommias microscopicas, sob a fórma de granulações miliares, nodulos e enfim gommias mais ou menos volumosas. Durante a syphilis, as glandulas suprarenaes pôdem ser atacadas das diversas degenerescencias, gordurosa, amyloide, etc. São na verdade estas as lesões que nós encontramos em todos os órgãos e tecidos e a acreditarmos em Luciano e Parisot, não vemos porque acceitarmos o contraste entre a riqueza das glandulas em treponemas e as suas lesões anatomo-pathologicas.

Esplanando-se em considerações geraes sobre as outras glandulas de secreção interna, sua Exc. cita Heckel e Virchow, sublimando as qualidades de belleza e graça da mulher segundo a integridade do seu ovario. Fala em todas essas magnificas qualidades que ornaram e enriquecem o corpo e o espirito da mulher, depois de se referir ás metrorrhagias, ás dysmenorrhéas, á neurasthenia, ao nervosismo e a toda especie de perturbações mentaes nos casos de anormalidade funcional d'este órgão, por uma localisação especifica.

Sobre o homem, com Heckel, limita-se a dizer que elle é verdadeiramente homem pelos seus órgãos geradores. Francamente, não concordo com o gráo de inferioridade em que poz, talvez, involuntariamente os testiculos com relação aos ovarios, como órgãos de secreção interna. E' um pequeno reparo ao qual me não posso furtar e o faço como homem...

Sobre as localizações do treponema faz ressaltar o facto d'elle se encontrar no interior das cellulas, mergulhado em pleno corpo protoplasmatico e affirma que esta localisação foi registrada unica e exclusivamente nas cellulas glandulares.

E os estudos de Noguchi e Levaditi sobre

a syphilis do systema nervoso, onde o treponema se encontra incluído nos neuroneos da cortex cerebral? Mas não é o cerebro tambem uma glandula de secreção interna? Pois se já decahiste tanto nas suas funcções a ponto de te soccorres do ovario e do testiculo, onde ellas vieram parar, porque agora te não accomodares a esta nova classificação a que te querem amoldar?!

a) Os treponemas, embora vistos com frequencia no interior das cellulas glandulares, não pôdem ser considerados parasitas d'estas cellulas por se encontrarem tambem no interior de cellulas que não pertencem ao systema das glandulas de secreção interna;

b) O treponema tanto prefere o systema glandular como o systema cardio-vascular ou osseo. E a predilecção para as cartilagens, onde as colonias se desenvolvem até certo ponto protegidas contra os elementos de defesa do meio circulante sanguineo, pois, aquelles tecidos, como sabemos, são desprovidos de vasos, dependendo a sua nutrição de um processo de infiltração ou osmotico? Ha mesmo uma theoria de auto-reinfecção que não nos parece illogica. As colonias periphericas são extinctas, enquanto continuam vivendo aquellas de profunda situação. Proliferam, se multiplicam, veem á periphéria, attingem á torrente circulatoria.

c) A syphilis não pôde ser considerada uma infecção glandular por continuar a ser uma septicemia chronica.

Passando á questão das dystrophias, pontifica: "nenhuma infecção como a syphilis conhecemos culpada das dystrophias humanas." "A trypanosomiase é uma das infecções que mais accentuadamente repercute sobre o desenvolvimento humano e nem por isto se vai pensar em fazer d'esta molestia uma endocrinopathia. Ella, como a syphilis, pôde crear entidades morbidas onde as glandulas de secreção sejam mais ou menos interessadas. Levi e Rothschild, insuspeitissimos, referem-se com tal prudencia sobre este assumpto, que chega-se mesmo a ter duvidas. Dizem textualmente: "Il est possible que certains cas d'infantilisme et d'arriération liés à la syphilis héréditaire, se produisent en partie par un mécanisme thyroïdien."

Além da trypanosomiase, outras molestias

infecciosas pódem ser responsaveis pelas dystrophias.

Na pathogenia da gomma, sua Exc. parece-me querer consideral-a principalmente como uma lesão trophica.

E' verdade que o treponema não é encontrado facilmente, ou, segundo alguns autores, as pesquisas foram negativas. No entretanto Castaigne manda pesquisal-o na serosidade da propria gomma, onde existe. O liquido que d'elle surge, producto de degeneração, contém treponemas. Parece-nos que elle exista sempre nas partes profundas ainda com vitalidade, o que não é sem fundamento, pois, mesmo nas papulas é conveniente applicar-se uma ventosa de Bier ou curetar a epiderme que a cobre. Si elle existe nas partes profundas da gomma, erramos em attribuir-lhe acção pathogenica local nestas manifestações especificas?

Deparo agora no trabalho do prof. Nonohay com uma grande verdade que enxerto aqui inteiriça: "nesta questão de glandulas de secreção interna ha muita cousa ainda demandando pesquisas e precisão."

Não vejo em que venha revolucionar as nossas ideias actuaes com relação á prophylaxia, victoriosa a pathogenia de improviso esboçada pelo prof. Nonohay.

A tuberculose, segundo trabalhos de Rist, Leon Bernard e Kindberg tem na generalidade dos casos como porta de entrada a arvore respiratoria, revelandose em começo pela ade-

nite hilar com lymphangite peribronchica e esclerose consecutiva. E a sua repercussão sobre as glandulas de secreção interna, cujos phenomenos tanto têm preocupado o espirito esclerecido e culto de Sergent?

A febre typhoide, com suas localizações sobre os foliculos fechados e placas de Peyer? Será possivel que já as possamos removel-as para os dominios da endocrinologia? Não Snrs., embora pendam para isto os conceitos e as convicções do illustre prof. Nonohay. Principios e doutrinas scientificas não se derrocam com uma pennada. Entre sua Exc. para dentro dos laboratorios, experimente, observe, analyse e synthetise para que possamos apreciar com orgulho o quanto é capaz a sua excepcional intelligencia.

Mas este parecer já se vai tornando por demais longo e eu preciso terminar. Não sei como fazel-o. Lembro o aviador que tenta aterrar em região desconhecida. Sim, por que fui ás regiões olympicas assistir á derrocada de idolos com pés de borra. Ao mesmo tempo que era convidado para render graças a um outro trabalhado por mãos de um grande artista.

Mas, antes de descer, voltei de novo o olhar para esses deuses da nossa religião. Interessante! O novo idolo não tinha pés!

Dr. Renato Barbosa.

Prof. interino de Pathologia interna.

6 Maio, 1920

Esboço dum estudo clinico das chamadas „phosphaturias“

Comunicação escripta feita á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, na sessão ordinaria realisada a 25 de Maio de 1917, pelo

Dr. E. von Bassewitz.

Numa rapida conversação que tive, ha poucos dias, com dois distinctos collegas aqui presentes, foi, por um delles, lembrado a conveniencia de ventilar, no seio desta sociedade, a questão muito descurada e mal elucidada das phosphaturias.

Dado o caso desse mesmo problema me interessar de perto, pela grande frequencia com que tenho observado phosphaturias na minha clientella, obrigando-me assim a um estudo mais detalhado dos respectivos problemas pathogenicos e therapeuticos, assumi o compromisso de iniciar a discussão pela leitura duma resumida exposição clinica do assumpto.

Essa promessa pretendo cumprir hoje, embora duma fórmula rudimentar e muito imperfeita, devido ao pouco tempo que tive disponivel para a confecção do presente trabalho. Explicado assim as muitas deficiencias que nelle encontrareis e confiando na vossa benevolencia, inicio a leitura do mesmo:

Comprehende-se geralmente por phosphaturia a emissão duma urina turva, lactecente que, depositada, se recobre na superficie duma verdadeira membrana com reflexos irisiados e que pela addição de acido acetico se torna clara. Phenomeno bastante frequente é elle entretanto insufficientemente esclarecido. A respeito da sua origem existem diversas e desencontradas theorias, sendo a mais aceita a duma nevrose secretoria do rim, tal vez por que a phosphaturia é extremamente commum em psychopathas.

Para poder constatar uma phosphaturia é preciso examinar as urinas immediatamente após a sua emissão, para evitar que sejam tomadas por phosphaturias genuinas as alterações bacterianas tão precoces em urinas pouco acidas ou alcalinas e que dão lugar a frequentes erros de diagnostico. Os habituaes exames de laboratorio com os seus multiples da-

dos quantitativos minuciosos, servem, na questão que hoje nos occupa, só para enganos e confusões. Para poder diagnosticar uma phosphaturia basta possuir alguns tubos de ensaio, uma lampada á alcool, papel tornesol, acido acetico e um microscopio.

E' sabido que o anhydrido phosphorico eliminado pelas urinas é nella representado por 2 especies de phosphatos. A primeira classe é constituído pelos phosphatos acidos, neutros e basicos de potassa e de sodio, que sempre se acham dissolvidos na urina e que prefazem mais ou menos 2/3 partes do acido phosphorico excretado por via renal. A segunda classe e a dos phosphatos terrosos de calcio e de magnesia, aos quaes se acha ligado o 1/3 restante do acido phosphorico contido nas urinas. São puramente estes ultimos que occasionam a turvação e precipitação que caracterizam a phosphaturia, pois elles se precipitam desde que o grão de acidez urinario não lhes permita conservar-se em estado de solução. O acido phosphorico fórmula com estes alcalis terrosos, conforme a sua basicidade, 3 ordens de saes: acidos, neutros e basicos. Os saes acidos acham-se dissolvidos nas urinas acidas, porém, desde que estas se tornam alcalinas ocorre a transformação nos respectivos saes basicos insolueis que, precipitando-se, formam um sedimento amorpho que permite caracterisar a phosphaturia. Adicionando-lhe acido acetico, tornam-se saes acidos, soluveis na urina que, por isso, torna-se transparente. Exemplificamos: Junctando a uma urina clara algo duma substancia alcalina, como potassa ou amoniaco, provoca-se, com isso, a formação dum precipitado de phosphatos basicos terrosos. Podemos, portanto obter, em qualquer tempo, uma urina com os caracteres da phosphaturica desde que neutralisamos a sua acidez, isso porem, como claramente se

compreende do exposto, sem que a quantidade de phosphatos tenha sido augmentada. Por tanto não nos assiste direito algum de concluir pela existencia dum augmento de phosphatos numa urina turva e alcalina que se torna clara pela adição de acido acetico e isso mais ainda pelo facto já mencionado da existencia de 2/3 partes do acido phosphorico urinario total na fórmula de saes soluveis de potassio e de sodio, que é impossivel avaliar pelo precipitado dos phosphatos terrosos. Phosphaturia não quer isso dizer que a quantidade de anhydrido phosphorico contido numa urina seja superior a norma physiologica, como aliás em numerosissimos casos a analyse quantitativa o tem revelado.

Uma vez estabelecida esta preliminar, cuja exposição me pareceu imprescindivel, passo a propôr uma divisão clinica das phosphaturias, baseando-me exclusivamente nos grãos de intensidade que a enfermidade apresenta.

A — Phosphaturia latente ou subacida

A urina é transparente no acto da emissão, podendo apresentar reacções que variam de fracamente acida a neutra e a alcalina. Ferendo-a, porém, torna-se branquicenta; turvação que desaparece com a adição de acido acetico. Esta fórmula é frequentissima, mesmo em pessoas apparentando saúde perfeita; na maioria das vezes encontra-se, porém, signaes duma neurasthenia ou de outra desordem do systema nervoso. Trabalhos intellectuales prolongados são tambem invocados como capazes de produzirem esta fórmula levissima de phosphaturia.

B — Phosphaturia manifesta em 1.º grão

Nella, a urina é sempre alcalina e a turvação lactecente já existe no acto da emissão, tornando-se mais intensa pelo aquecimento. A adição dum acido provoca o desprendimento de bolhas gazosas e a transparencia perfeita do liquido, salvo os casos de albuminuria simultanea ou da presença de leucocythos, de sperma ou de secretos prostaticos que o exame microscopico permite revelar. O sedimento anorganico destas urinas é constituído por granulos muito finos, amorphos, de côr acinzentada. Esta fórmula é frequente em doentes com affecções das vias urinarias.

C — Phosphaturia manifesta em segundo grão, com perturbações locais

O sedimento urinario, nesta fórmula, é constituído por massas brancas amorphas, granuladas, duras ao contacto, dando ao dedo a sensação duma argamassa. Os doentes referem, em regra geral, que as suas urinas sahem ao principio ou no fim da micção em fórmula dum jacto leitoso, sendo a passagem dos descriptos concrementosinhos accusados por uma irritação mecanica passageira da urethra. E' que, nas pausas entre as micções, os phosphatos calcareos relativamente pesados contidos na urina, se accumulam no fundo da bexiga, sendo eliminados do modo recém descripto, de accôrdo com a fórmula do respectivo recipiente. Acidificando estas urinas, nota-se que essas massas se dissolvem com maior ou menor facilidade, conforme a proporção de mucosidade que encerram, pois estas se oppõem a penetração do agente chimico. Não é raro, nesta fórmula, a existencia de leucocythos e dum ou outro globulo vermelho nas urinas, denunciando os insultos infringidos ao revestimento ephitelial das vias urinarias.

D — Phosphaturia manifesta em 3.º grão, com concreções renaes e vesicaes

Esta fórmula mais grave das chamadas phosphaturias apresenta-se com os caracteres clinicos, por demais conhecidos, das pyelites e cystites calculosas, de modo que me julgo dispensado insistir na sua descripção. Apenas quero lembrar que os concrementos phosphaturicos pôdem existir longo tempo sem occasionar symptomas subjectivos, de fórmula que muitos destes doentes se queixam mais de perturbações nervosas, que quasi nunca faltam, de que de soffrimentos urinarios. Complicações microbianas frequentes aggravam, entretanto, sempre e com rapidez o quadro morbido, relativamente silencioso, das phosphaturias calculosas asepticas.

Uma vez estabelecidas as fórmulas ou modalidades clinicas das chamadas phosphaturias, passo ao problema da pathogenese destes estados, examinando rapidamente algumas das differentes doutrinas que a este respeito existem. Antes de mais nada convem, entretan-

to, procurar uma resposta satisfactoria á seguinte pergunta que se impõe: De onde vêm estes phosphatos? — Recordando comessinhas noções de physiologia sobre o mecanismo da secreção urinaria, voltam á nossa mente os paradoxos phenomenos cuja séde é a camada cortical do rim, com a sua intrincada organização histologica e o, ainda mais interessante, papel biochimico das respectivas cellulas que retiram e transformam dum material alcalino ou neutro, que é o sangue, um producto acido — a urina. E' de facil comprehensão que o maior ou menor grão de alcalinidade do sangue influe sobre a função chimica especifica das cellulas renaes, variando o producto, por ellas elaborado, em certos limites physiologicos, de accôrdo com a capacidade funcional inconstante das mesmas, sendo certas deficiencias corrigidas mercê a uma maior diluição e rapidez da corrente circulatoria. Um excesso de alcalinidade humoral, unido a um certo grão de miopragia renal, dá lugar a uma incompleta neutralisação do alcali sanguineo, traduzindo-se clinicamente por uma phosphaturia periodica, mais ou menos passageira. Compreende-se assim perfeitamente a origem alimentar de certas phosphaturias. Todos nós sabemos que a ingestão de certos alimentos augmenta a alcalinidade do serum sanguineo, diminuindo a acidez urinaria, que assim não pôde conter, em solução completa, todos os phosphatos terrosos que encerra. Desta natureza é a phosphaturia physiologica dos vegetarianos e herbivoros.

Porém, não sómente estas causas alimentares, de facil reconhecimento, representam o papel etiogenetico exclusivo nas phosphaturias, sinão, tambem, certas perturbações das funções gastro-intestinaes, de preferencia as dôrdens motoras do aparelho digestivo que impedem a acção do succo gastrico sobre o chymo e o sangue. Exemplo desta classe de phosphaturias são aquellas que acompanham a atonia estomacal com hyperacidez, respectivamente o pylorospasmo, — causas eventuae assignaladas por Klemperer. Vomitos incoerciveis e repetidas lavagens do estomago privam o organismo da maior parte do succo gastrico acido, originando assim, conforme Senator mostrou, phosphaturia. A constipação alvina chronica, impedindo a eliminação de cal pelo intestino, poderá augmentar a excreção calcárea renal? Está tal vez nisto a

solução etiologica das phosphaturias que complicam certas fórmulas de colite chronica.

Quanto á origem medicamentosa de certas phosphaturias são de facil e immediata comprehensão aquellas consecutivas ao uzo prolongado de remedios alcalinos. Iwanoff affirma, porém, que tambem a ingestão de acidos fortes provoca a excreção de cal dos tecidos e com isso o apparecimento da phosphaturia.

E assim já nos vamos approximando a supposta existencia duma diathese acida calciurica, molestia constitucional analoga ao Diabete azoturico. Teissier queria attribuil-a a um excesso de acido lactico no sangue destes doentes, esta theoria não teve, porém, a indispensavel confirmação experimental. Outros autores invocam uma origem nervosa, outros ainda a consideram uma verdadeira anomalia funcional primitiva das cellulas renaes incumbidas da função da uropoese chimica, theorias obscuras que estão longe de elucidar-nos sobre a origem do transtorno funcional que nos occupa. Peyer, já em 1889, considerava a maior parte das phosphaturias como nevroses secretorias de origem reflexa, partindo de lesões anatomicas do aparelho genito-urinario. Chegamos, desta fórmula, ao dominio da urologia, onde concepções pathogeneticas ainda mais estreitas são sustentadas para explicar o grande numero de phosphaturicos entre os clientes que frequentam os serviços clinicos desta especialidade. Recentemente qualificou Orłowsky a phosphaturia dos urinaricos de verdadeira nevrose traumatica, originada por tratamento instrumental por demais intempestivo. Multiples exemplos parecem justificar semelhante theoria, entretanto hesito em admitti-la por acha-la por demais estreita e em desaccôrdo com as minhas proprias experiencias. Dedicando-me, ha annos, com preferencia á clinica syphilographica e dermatouologica, posso por isso um amplo material casuistico a respeito da phosphaturia em gonorrhoeicos. Em grande parte presumo ser ella de origem alimentar; a dieta branda lacto-vegetal que estes doentes, em regra geral, observam e ainda a abundante ingestão de aguas alcalinas, contribuem para augmentar a alcalinidade do sangue e para a consecutiva diminuição da acidez urinaria nestes doentes. Especialmente o leite, um dos alimentos mais ricos em cal,

me parece ser contraindicado nestes casos; sendo muitas vezes uma modificação dietética adequada de promptos resultados, pois a phosphaturia some-se de uma hora para outra. Entretanto não é essa a causa de outras phosphaturias em gonorrhoeicos chronicos. Recorrendo a usual colheita da urina em 2 ou 3 porções, nota-se, ás vezes, diferenças consideraveis na intensidade da turvação phosphaturica destes liquidos, facto aliás já consignado por Linstow, Oppenheim e outros urologistas. A's vezes é a primeira porção bastante clara e a ultima turva, — achei nestes casos, em regra geral, uma prostatite catharrhal chronica, attribuindo a turvação da ultima urina a sua mistura com liquido prostatico. Si examinarmos num doente com prostaticorrhoea as ultimas gottas turvas que elimina no acto da micção, verificaremos com o auxilio do papel tornesol que são fortemente alcalinas. A addição de acido acetico os aclará e o exame microscopico revela que se trata de phosphato basico amorpho de calcio. A addição de secreção prostatica á uma urina normal, fracamente acida, dá a mesma os caracteres duma phosphaturia. Isso é aliás de accôrdo com as investigações de Bering sobre a natureza chimica dos chamados corpos amylaceos da prostata, que são constituídos de carbonato de cal. Nos casos inversos em que a limpidez da ultima porção urinaria contrasta com a turvação da primeira, observei-a, em regra geral, em doentes com urethrite anterior e julgo que a causa seja o mucopus em conjuncto com a secreção das glandulas muciparas do canal urethral, que sendo de reacção alcalina, originam esta phosphaturia parcial. Si num caso de urethrite anterior aguda lavarmos a urethra com uma pequena quantidade de agua destillada, recolhendo-a cautellosamente, verificaremos que a mesma se tornou alcalina. Addicionando-lhe uma pequena porção de urina hypoacida clara, verificaremos frequentemente que a mesma se turva, devido a precipitação de phosphatos terrosos. Em todo caso tive algumas vezes

necessidade de recorrer a suposição pathogenica de Payer, sustentada por Oberlaender, Duering e outros, attribuindo a phosphaturia de certos gonorrhoeicos a uma irritação reflexa do rim, pois não pude invocar outra causa mais palpavel. Repugna-me, tambem, admitir a hypotetica acção de toxinas gonococicas dessas urinas turvadas por phosphatos, pois assim sendo deviam ser de igual ou maior frequencia em clientella gynecologica, dado a enorme frequencia de gonococcias do apparelho genital feminino. Entretanto ahi não se observa, nem de longe, igual frequencia de phosphaturias o que, a meu ver, tira toda força a suposição pathogenetica recém citada.

Sobre phosphaturias em doentes com affecções do derma nada encontrei na litteratura que me foi dado compulsar. Entretanto tenho observado na minha clinica que esta anomalia urinaria é relativamente frequente em enfermos com lesões pruriginosas da cutis como: eczemas chronicos, urticaria e outras affecções de origem vaso-motora. Concluí pela existencia dum connexo casual destas phosphaturias com os processos pathologicos assentes na pelle visto que a extincção delles era acompanhada do desapparecimento das phosphaturias. Parte destas observações foram feitas em crianças com os symptomas polymorphos da diathese exsudativa de Cerny; abstenho-me, porém, da invasão do campo da pediatria propriamente dito por considerar-me pouco competente nesta especialidade. Acho, entretanto, que o capitulo das phosphaturias deve ser de grande importancia para a clinica infantil, dado as frequentes e graves perturbações nas trocas organicas phospho-calcareas em crianças. Verschere, em trabalho aliás já antigo, publicou uma série de casos com lesões osseas, acompanhadas de phosphaturia. Num caso de osteopsathyrose, que tive occasião de observar de perto, não pude entretanto verificar esta anomalia urinaria.

(Continua)

DA ASSISTENCIA MEDICA NA CASA DE CORRECÇÃO DE PORTO ALEGRE

Memoria apresentada ao Primeiro Congresso Medico do Estado de São Paulo, pelo Professor Dr. Nogueira Flores.

Medico da Casa de Correcção e director do Gabinete de Identificação e Estatística do Rio Grande do Sul.

Conclusão

O escorbuto appareceu pela primeira vez no anno de 1888, reapareceu em 1891 sem ter havido caso de obito. Em 1912 appareceram epidemicamente 67 casos; dentre estes tres foram fataes; nos annos de 1913 e 1914 deram-se dois casos, sendo um em cada anno, extinguindo-se a epidemia.

Este estiolamento humano, no modo de ver de Roy de Méricourt, teve, a meu ver, como factor principal, a alimentação, pelo que tomei energicas providencias para que o fornecimento de batatas, couves e cebollas fosse abundante.

Escorbuto, casos

1887-0 — 1888-1 — 1889-0 — 1890-0
 1891-1 — 1892-0 — 1893-0 — 1894-0
 1895-0 — 1896-0 — 1897-0 — 1898-0
 1899-0 — 1900-0 — 1901-0 — 1902-0
 1903-0 — 1904-1 — 1905-0 — 1906-0
 1907-0 — 1908-0 — 1909-0 — 1910-0
 1911-0 — 1912-67 — 1913-0 — 1914-2
 1915-0

Escorbuto, mortalidade

1887-0 — 1888-0 — 1889-0 — 1890-0
 1891-0 — 1892-0 — 1893-0 — 1894-0
 1895-0 — 1896-0 — 1897-0 — 1898-0
 1899-0 — 1900-0 — 1901-0 — 1902-0
 1903-0 — 1904-1 — 1905-0 — 1906-0
 1907-0 — 1908-0 — 1909-0 — 1910-0
 1911-0 — 1912-3 — 1913-1 — 1914-0
 1915-0

Appareceram pela primeira vez em 1915, as cachumbas em caracter epidemico, importadas por um preso vindo do interior, atacado da modalidade clinica orchitica.

O total dos casos foi de 79 como podeis ler na estatistica seguinte:

Casos — de 12 a 22 de agosto 15, de 23 de agosto a 2 de setembro, 2, de 3 a 13 de setembro 9, de 14 a 24 de setembro 18, de 25 de setembro a 5 de outubro 9, de 6 a 16 de outubro 11, de 17 a 27 de outubro 5, de 28 de outubro a 7 de novembro 2, de 30 de novembro a 10 de dezembro 0, de 11 a 21 de dezembro 3, de 22 de dezembro a 1 de janeiro 0.

Observações. — A 27 de maio do corrente anno, recolheu-se a este estabelecimento um condemnado, vindo do Quarahy, atacado de orchite cachumbenta, que o fiz baixar á enfermaria. A 12 de agosto houve a eclosão da epidemia, revestindo-se das modalidades clinicas: parotidiana, sub-maxillar e orchitica, sem ter havido obito.

Esta modalidade clinica foi na relação de 23 para 59.

Seguem-se as estatisticas sobre a gripe, o cancer e a syphilis, que comparados ás outras molestias, concorrem com uma cifra minima.

Grippe, mortalidade

1887-0 — 1888-0 — 1889-0 — 1890-0
 1891-0 — 1892-0 — 1893-0 — 1894-0
 1895-0 — 1896-0 — 1897-0 — 1898-0
 1899-0 — 1900-0 — 1901-0 — 1902-0
 1903-1 — 1904-1 — 1905-0 — 1906-0
 1907-0 — 1908-0 — 1909-0 — 1910-0
 1911-1 — 1912-2 — 1913-0 — 1914-0
 1915-0

Cancro, mortalidade

1887-0 — 1888-0 — 1889-2 — 1890-0
 1891-0 — 1892-0 — 1893-0 — 1894-0
 1895-0 — 1896-0 — 1897-0 — 1898-0
 1899-0 — 1900-0 — 1901-0 — 1902-2
 1903-0 — 1904-0 — 1905-0 — 1906-0
 1907-0 — 1908-0 — 1909-1 — 1910-0
 1911-2 — 1912-2 — 1913-0 — 1914-0
 1915-0

Syphilis, mortalidade

1887-0 — 1888-1 — 1889-0 — 1890-0
 1891-0 — 1892-0 — 1893-0 — 1894-1
 1895-0 — 1896-0 — 1897-0 — 1898-0
 1899-0 — 1900-1 — 1901-0 — 1902-0
 1903-0 — 1904-0 — 1905-0 — 1906-0
 1907-0 — 1908-0 — 1909-1 — 1910-1
 1911-1 — 1912-0 — 1913-0 — 1914-0
 1915-2

Transcrevo a estatística das molestias (diarrhêa e enterite, febre typhoide e dysenteria) e de mortes (febre typhoide e diarrhêa).

Diarrhêa e enterite, casos

1888- 2 — 1889- 0 — 1890- 1 — 1891- 9
 1892- 9 — 1893- 8 — 1894- 2 — 1895- 7
 1896- 0 — 1897-11 — 1898- 5 — 1899- 3
 1900- 0 — 1901- 0 — 1902- 3 — 1903- 2
 1904- 4 — 1905- 7 — 1906- 2 — 1907- 2
 1908- 2 — 1909- 2 — 1910- 5 — 1911-26
 1912-28 — 1913-10 — 1914- 0 — 1915-15

Dysenteria, casos

1888- 0 — 1889- 1 — 1890- 1 — 1891- 1
 1892- 0 — 1893- 1 — 1894- 1 — 1895- 1
 1896- 1 — 1897- 2 — 1898- 7 — 1899- 6
 1900- 0 — 1901- 0 — 1902-11 — 1903- 5
 1904- 6 — 1905- 8 — 1906- 1 — 1907- 1
 1908- 0 — 1909- 6 — 1910- 0 — 1911- 4
 1912-19 — 1913- 0 — 1914- 0 — 1915- 0

Diarrhêa e Enterite, mortalidade

1888-0 — 1889-0 — 1890-1 — 1891-0
 1892-0 — 1893-0 — 1894-0 — 1895-0
 1896-2 — 1897-2 — 1898-0 — 1899-0
 1900-0 — 1901-0 — 1902-0 — 1903-0
 1904-0 — 1905-0 — 1906-0 — 1907-0
 1908-0 — 1909-0 — 1910-0 — 1911-0
 1912-0 — 1913-0 — 1914-0 — 1915-0

A percentagem da mortalidade geral mais elevada foi em 1913 de 4,24; ficando abaixo a do anno 1912 com 4,06; para haver nos annos seguintes uma leve oscillação de 3,10, 1,45 e 2,91, situação esta relativamente lisonjeira, attentas as condições da população já bastante densa para a Casa de Correccão.

Percentagem da mortalidade

1901-2,27 — 1902-3,38 — 1903-4,24
 1904-2,62 — 1905-3,71 — 1906-1,81
 1907-1,18 — 1908-1,52 — 1909-3,18
 1910-1,87 — 1911-2,85 — 1912-4,06
 1913-3,10 — 1914-1,45 — 1915-2,91

Terminando a memoria transcrevo, **data venia**, a observação de um caso que se me afigurou digno de nota por ser a primeira vez que se havia praticado, neste Estabelecimento, a intervenção cirurgica infra descripta:

Resumo da observação de um caso de ferimento do ventre, em um epileptico e homicida reincidente. Laparotomia mediana exploradora. Enterorrhaphias multiphas. Drenagem. Cura. Recolhido ao hospicio.

Chamado com urgencia na tarde de 17 de Outubro de 1913, para attender ao sentenciado M.... compareci immediatamente e verifiquei, á primeira vista, ser um caso de dois ferimentos incisos e estreitos do ventre, assestados na região umbilical, um á direita e o outro á esquerda, medindo o primeiro um e meio centimetro de comprimento e interessando a pelle, tecido cellular, aponevrose e musculos, em direcção obliqua interna á linha mediana do tronco; e o segundo, medindo dois centimetros de comprimento, attingindo a pelle, camada subadjacente, penetrando na cavidade esplanchnica, na direcção de cima para baixo e em linha obliqua externa, produzidos por instrumento perfuro-cortante, além de outro ferimento inciso, medindo dez centimetros de comprimento, assestado na região lateral esquerda do pescoço, feito por instrumento cortante, canivete de pouco fio; todos esses ferimentos praticados pelo mesmo individuo, após a perpetração de um homicidio e tentativa de mais dois.

Soccorrendo-o promptamente, meu primeiro cuidado foi pensal-o, fazendo uma injeccão hypodermica de oleo camphorado, suturando em seguida o ferimento extenso do pescoço, que interessava a pelle, tecido cellular, aponevrose musculo-cervical cutaneo, venulas e arteriolas sangrentas.

Passando a examinar com mais detalhes os ferimentos do ventre, verifiquei ser penetrante um delles, resolvendo então, intervir, auxiliado pelos Snrs. Drs. João Pitta Pinheiro

e Jacyntho Godoy Gomes, medicos legistas da Policia, encarregando-se o ultimo da anesthe-sia chloroformica, tendo o cuidado de fazer uma injeção de cafeina. Aguardamos uni-camente o tempo necessario para os prepara-tivos de tal intervenção.

A temperatura do paciente era de 35,5, pul-so deprimido e irregular com 135 pulsações por minuto, respiração profunda, de 40 movi-mentos por minutos, face contrahida e desfi-gurada, não respondendo o paciente ás per-guntas que se lhe faziam.

Procedemos então á laparotomia mediana exploradora, por uma incisão de doze centi-metros de comprimento, fazendo a evisceração do intestino, de onde foram retirados abun-dantes coagulos e pequena quantidade de fe-zes, por meio de compressas humedecidas em agua esterilizada e quente; verificando um ferimento do mesenterio e seis do intestino delgado, que deram hemorragia, quatro dos quaes assestados numa extensão de dez centi-metros, tres confluentes, que foram suturados em dois planos-musculo-serosa, e o quarto, pequeno, na superficie opposta áquella exten-são, na qual fizemos a enterorrhaphia em bolsa e o mesmo nos dois restantes, pois talvez fos-se motivo para resecção da alsa intestinal, como aconselham cirurgiões menos conserva-dores. Suturemos finalmente a parte do ven-tre, drenando uma das feridas.

Applicando um curativo de gaze e espara-drapo, coberto por algodão e mantido por uma faixa abdominal, fizemos uma injeção de oleo camphorado, sendo o ferido transpor-tado para o leito da enfermaria.

Estabelecida a dieta absoluta, durante cinco dias, prescrevendo ao mesmo tempo tintura thebaica, durante o mesmo periodo.

Ao cabo de dois dias retirei o dreno de gaze, o qual estava bem embebido de exsu-dato sanguinolento e inodoro; collocando ou-tro, renovei o penso.

No terceiro dia retirei a drenagem da ca-vidade abdominal, porque o dreno estava seco e sem cheiro. No quarto dia teve o doen-te duas eyacuações abundantes e fetidas, não dolorosas, acompanhadas de pequena quanti-dade de sangue escuro; urinava relativamente bem. No sexto dia começou o paciente a ali-mentar-se com pequena quantidade de caldo de aveia e no decimo já tomava cerca de mil grammas de leite, dieta na qual se manteve

durante dois dias, após a qual começou a ali-mentar-se com canja de gallinha.

No oitavo dia, retirei os pontos de sutura, verificando estar bem cicatrizada a ferida ci-rurgica e no decimo quinto teve alta por cura-do.

Esta observação comporta considerações, embora muito breves, a respeito do paciente, quer se o encare sob o ponto de vista cirur-gico e mental, quer criminal.

Quanto á cirurgia de urgencia, vem cada vez mais despertar o meu ardor pela inter-venção armada em taes casos, tanto mais quan-to em minha pratica, no decorrer de alguns annos, ora como medico da Assistencia Pu-blica Municipal de Porto Alegre, onde orga-nisei um modesto serviço de soccorros medi-cos de urgencia para accidentes de rua, ora na direcção da enfermaria de cirurgia do hos-pital da Brigada Militar do Estado, onde at-tendi a innumeradas victimas de traumatismo no ventre, sempre me hei empenhado, quando possivel, pela intervenção armada e sempre a hei praticado, sem motivo de arrependimento.

Convem lembrar aos cirurgiões que o adia-mento pacato de taes intervenções vem redu-zir as probabilidades de exito.

E' necessario o repouso absoluto do appa-relho digestivo, prescrevendo-se a dieta hydrica e medicação opiada durante as primeiras 48 horas.

O paciente é um sentenciado que ha seis an-nos está recluso e cujo estado de nutrição é já insufficiente, pois soffre da anemia das penitenciarias, attenta á sua vida de reclusão, além do rheumatismo blenorragico, que o torna muitas vezes impossibilitado de andar.

Assim terminando, recapitulo o caso cirur-gico:

- a) Intervenção armada e prompta pela la-parotomia exploradora.
- b) Drenagem.
- c) Dieta hydrica.
- d) Medicação constipante.
- e) Repouso.
- f) Cura, apezar dos maus antecedentes morbidos.

Antes de tratar-se deste caso interessante sob o ponto de vista anthropologico, devo transcrever o que Maudsley pensa a respeito do objectivo das Penitenciarias e com o que estou de pleno accôrdo.

“Chegamos á época em que nos devemos

servir das prisões, como dos hospitaes, não sómente para o cuidado e tratamento dos seus habitantes, como também para o aperfeiçoamento e conhecimento dos individuos.”

“E’ mister estabelecer um exame, no estado mental dos criminosos recolhidos ás prisões, tendo em vista pesquisas laboriosas sobre os seus antecedentes, caracteres moraes e corporaes, condição de educação e circumstancias exactas do crime.”

Estudando M... com 38 annos de idade, pardo, solteiro, natural da Parahyba do Norte, ex-praça do exercito — individual dactyloscópica — Série — E — 1.333, Secção I — 2.222, condemnado a 30 annos de prisão celular por crime de homicidio, resumo a observação de anthropologia criminal por não ser dos limites desta memoria fazer-se estudo detalhado a respeito, reservando-me para outra publicação.

Na historia anamnesticca do paciente se apurou que, M... desde tenra idade bebia quotidianamente aguardente de canna, pois era habito em sua casa paterna, o uso do alcohol.

De 12 a 14 annos de idade, servio na marinha mercante e nessa occasião fez as tatuagens que são mais adeante descriptas.

Aos 15 annos de idade assentou praça no exercito, onde prestou serviço por espaço de 14 annos, tendo deixado as fileiras em 1907, mez de Março, por conclusão de tempo.

Dois mezes após sua retirada, commetteu o crime de homicidio, que narra do seguinte modo: Residia em S. Victoria do Palmar (Rio Grande do Sul) em companhia de uma mulher uruguayana. Uma manhã, dirigia-se elle á taberna proxima, como era seu habito, para beber aguardente, e ao regressar á sua casa, não encontrou a referida companheira, pelo que resolveu tornar á mesma venda, e nesse trajecto um amigo lhe restituiu a faca que lhe havia emprestado. Guardou-a na cintura e foi á taberna em demanda da referida mulher, ahí se embriagou e, ao chegar á casa, depara com a amasia que fere mortalmente. Cahio a mulher com um ferimento no peito.

Só no outro dia, no xadrez do posto, é que lhe relatam o factu delictuoso e do que não se lembra.

Em 2 de Agosto de 1907, foi condemnado a 30 annos de prisão, como consta de sua cartá de guia.

Quanto aos antecedentes de familia, refere

que o pae era alcoolista, havendo assassinado a sua mulher, mutilando-lhe os orgãos genitales.

Condemnado pelo jury de Parahyba do Norte a seis annos de prisão, falleceu de variola dois annos depois.

Dos quatorze irmãos, que eram, apenas sabe informar que um de dezoito annos, homem, falleceu louco no hospicio, e que duas tias paternas eram também loucas.

Na historia pregressa de M... regista-se que os antecedentes morbidos são sarampo (em criança), mais tarde blenorragia, syphilis e alcoolismo.

A reacção Wassermann foi negativa, o que não exclue ne ontretanto a infecção syphilitica.

As manifestações de desequilibrio mental se observaram dois ou tres dias antes, segundo informação de um preso seu companheiro, pois se mostrava preocupado, pensativo; assim é que na tarde de 7 de Outubro, aproveitando occasião em que fora retirado do xadrez, apodera-se de uma adaga, de propriedade de um dos serventes do estabelecimento, e incontinenti vae em busca do preso em quem via um rival de seus amores extra-naturaes, e traiçoeiramente o fere no hemi-thorax direito após o que se precipita contra o recluso, por quem se mostrava apaixonado e desprezado.

Persegue-o e, alcançando-o, atira-se furiosamente contra elle, produzindo-lhe dois ferimentos mortaes no hemi-thorax direito. Na mesma occasião fere na face um preso, que pretendia desarmal-o, e por fim tenta suicidar-se pela fórma constante dos ferimentos.

A inspecção geral

Uma cicatriz obliqua interna, medindo dois centimetros de comprimento, assestada ao nivel da região superciliar esquerda, (allega o paciente ter sido ocasionada por uma queda); uma de córte, em direcção curva inferior, assestada ao nivel do mento, medindo tres centimetros de comprimento; uma assestada na região infra-hyodea, do nivel do pomo de Adão ao nivel da borda posterior do musculo esterno-cleido-mastoideo esquerdo; uma de córte, assestada em direcção vertical, medindo dez centimetros (fins cirurgicos); uma de córte em direcção obliqua externa, medindo tres centimetros de comprimento, as-

sestada ao nível da região umbilical e hypogastrica; uma de córte, em direcção obliqua interna, medindo cinco centímetros de comprimento.

Uma de córte em direcção obliqua interna, medindo oito centímetros de comprimento, assestada ao nível da face externa do terço superior do braço esquerdo; uma, de direcção obliqua interna, medindo tres centímetros de comprimento, assestada ao nível da face interna do joelho direito; e finalmente cicatrizes multiplas de fórma ovalada e de coloração escura, (como in forma o paciente terem sido proveniente de feridas de mau character). Mancha negra (chloasma) assestada na face, nariz e mento.

Peso — kilos.....	55
Estatura.....	1,50
Abertura dos braços.....	1,62
Côr do cabelo.....	preta
” da iris.....	castanha carregada
” da cutis.....	parda
Impressões dactyloscop..	normaes

Tatuagens: Coloração azul.

Quando M... fazia parte da marinha mercante lhe fizeram as tatuagens abaixo descritas: na face dorsal da mão direita a corôa do Imperio do Brasil; nas faces dorsaes das primeiras phalanges do dedo indicador a letra A, no médio H, no annular D. O. e no auricular S., nome de sua mãe. Na face anterior do ante-braço direito, terço superior, as letras A. G. S., abaixo C. M. D., nome de um amigo e uma cruz; na porção média da face posterior do mesmo ante-braço a figura de uma mulher; na mão esquerda, face dorsal, um ramo de sete folhas, e na face posterior do ante-braço esquerdo uma bandeira, no terço superior a letra V., abaixo D. I. e M. J. S., estas tres ultimas são as iniciaes do delinquente; C. M. V. iniciaes do nome da amiga (amante); G. M. E. D. iniciaes do nome de um primo; D. F. C. iniciaes do nome de uma prima e grande parte de uma figura de se-reia; na região peitoral direita as letras J. F. P. iniciaes do nome de um amigo e mais abaixo M. J. S. (iniciaes do criminoso); no terço médio da face interna da perna esquerda A. A. V., nome de um primo (tatuagens que o delinquente fez quando era praça do exercito, recolhido ao xadrez).

Como vedes, estas tatuagens voluntarias, são patrioticas, religiosas e affectivas (filial e passional).

Cranimetria:

Diamet. antero-posterior.....	17,5
” transversal.....	15
Curva antero-posterior.....	19,9
” transversal.....	15,8
Indice cephalico.....	90,03
Typo do cranio.....	ultra brachicephalico
Circumferencia.....	54,7
Fronte.....	orthognata
Typo da face.....	rectangular
Diametro bizygomatico.....	13,8
” bigoniaco.....	11,9
Indice facial.....	59,7

Anomalia da conformação do desenvolvimento:

Face-plagioprosapia peripherica asymerica (frequente nos epilepticos — professor M. Carrara).

Typo de orelhas..... de Wildermuth

Funcções da vida de relações:

Sensibilidade meteorica.....	exaggerada
Tactil.....	normal
Thermica.....	exaggerada
Dolorifica.....	diminuída
Muscular.....	normal
Refr. (hypermetropia) (1)	0,50
Exame campimetrico.....	normal
” chromatico.....	normal
Camara posterior.....	turva por pequenos depositos de exsudatos iriticos (vestigio da antiga syphilis)
Fundo do olho.....	ligeira turvação perripapillar, nasal constituida por placas de fibras nervosas opacas

Sensibiliadde:

Auditiva direita.....	normal
Auditiva esquerda.....	diminuída
Outros órgãos dos sentidos.....	normaes

Motilidade:

Mancinismo sensorio.....	positivo
" motor direito.....	30,5
" motor esquerdo.....	27,0
Marcha (a esquerda).....	notada
Voluntaria.....	normal
Reflexos cutaneos.....	exaggerados
" tendinosos.....	"
" vasculares.....	negativos
Disvalnerabilidade.....	positiva
Reflexo pharyngeo.....	normal
" pupilares.....	preguiçosos

Funções da vida vegetativa:

Força muscular.....	normal
Circulação.....	"
Respiração.....	"
Thermogenesia.....	"
Digestão.....	anormal
Vomitos, dyspepsia e constipação.....	positiva
Secreções.....	normaes
Distúrbio da esphera sexual.....	positivo
Cardiaca.....	normal
Discrasia.....	positiva (anemia-do pelas molestias infectuosas —blenorragia e pela vida de reclusão)
Intoxicação.....	alcool

Exame psychico:

Linguagem escripta e giria (2)..... negativa
 Sentimentos affectivos..... negativos
 — Lombroso, em seu estudo sobre sensibilidade affectiva diz que "se observa geralmente no criminoso a sensibilidade moral tão intensa como physica, sem duvida uma é o effeito da outra. E' certo que as paixões que fazem vibrar com mais força o coração do homem normal, são nelle muito fracas. O primeiro sentimento que se extingue no criminoso é o da piedade para com os padecimentos de outrem, e isso justamente porque elles proprios são insensíveis aos soffrimentos. Os actos de coragem dos malfetores não são senão um effeito da insensibilidade e impetuo-

sidade infantil, que lhes occulta o perigo immediato e os torna cegos em face de um fim a attingir ou de uma paixão a satisfazer.

"Essa insensibilidade lhes dissimula a gravidade da morte de outrem e a propria, de parceria com a vehemencia das paixões que experimentam, explica a desproporção que se nota, ás vezes, entre o crime e o seu movel.

"Lauvergne foi testemunha ocular de um galé matar a um de seus companheiros porque respirava ruidosamente. Na Penitenciaria de Alexandria um recluso assassinára um outro que se recusava a engraxar os sapatos".

"Esta insensibilidade moral do criminoso, assim como a sua analgesia nos explica, ainda, porque a crueldade se manifesta muitas vezes entre individuos que parecem, no entretanto, accessíveis, ás vezes á bondade. Concluo, pois, que a aberração do sentimento caracteriza o criminoso tão bem como louco, e quasi um gráo de intelligencia se póde encontrar com uma tendencia ao crime e á loucura; nunca esta está de accôrdo com o sentimento affectivo normal".

Atenção.....	diminuida
Percepção.....	"
Memoria.....	"
Raciocinio.....	diminuido
Sonhos.....	abundantes
Excitabilidade.....	anormal
Paixões.....	abundantes
Sentimentos normaes.....	negativos
" religiosos.....	"
Instinctos e tendencias.....	anormaes
Somno.....	anormal
Caracteres moraes.....	negativos
Actividade de trabalho.....	negativa
Expressão da physionomia.....	"
Instrucção adquirida.....	rudimentar
Habilidade pessoal.....	alguma

Phenomenos morbidos:

Illusões.....	positivas
Allucinações.....	"
Obsessões.....	"
Suggestionabilidade.....	negativa (dois ou tres dias antes de praticar o crime nesta casa, foi aconselhado por um companheiro de abandonar as idéas do crime)

Causa do primeiro crime — dupla intoxicação: álcool e causa do segundo — ciúmes.

Ambiente na Casa de Correção — ^{ruído} ~~doit~~.

Ocasião — manhã no primeiro e a tarde no segundo.

Contensão — depois do crime ficou deprimido, delírio epilético.

Arrependimento — negativo, pois refere M. que não se lembra de seus dois actos homicidas praticados em espaço de tempo de seis annos (Maio de 1907 e Outubro de 1913).

Reincidência — é a segunda vez que pratica o mesmo crime de homicídio.

Do que colhi na anamnese da historia natural do criminoso e nos exames possiveis de apurar, conclui tratar-se de um caso de epilepsia psychica enxertada em alcoolico de tara hereditaria accentuada, e com estigmas visiveis de um criminoso nato.

CONCLUSÕES

I. As Casas de Correções devem ser es-tabelecimento de construção moderna como é a Penitenciaria de Buenos Aires.

II. O trabalho carcerario vae se generalizando e tornando-se bem discriminado e proveitoso.

III. O numero de criminosos insanos tende a baixar, devido á sua remoção para o Hospicio, sendo preferivel crear manicomios de criminosos.

IV. Os suicidios e tentativas são rarissimos.

V. O serviço de assistencia medica vae melhorando progressivamente.

VI. A molestia que contribue com maior cifra é a tuberculose, em comparação com as outras entidades morbidas.

A mortalidade desta peste branca é ainda a que devasta mais as prisões.

VII. A febre typhoide e a dysenteria tendem a desaparecer das prisões.

VIII. O escorbuto nas penitenciarias é a molestia rara onde a boa alimentação e a hygiene da habitação forem uma realidade.

A prophylaxia do escorbuto gira principalmente em torno da alimentação de vegetaes ante-escorbuticos (batatas, couves e cebolas).

(1) Exame dos olhos foi feito pelo ophtalmologista professor Freire de Figueiredo.

(2) A giria usada actualmente entre os nossos criminosos é de um numero limitado de termos taes como: Ir ao passeio quer dizer ir á consulta medica.

Forjar	intriga, trahição
Tubarão	pederasta activo
Veado	" passivo
Chaleira	que procura agradar o superior
Doceiro	que procura agradar o superior
Giribaba	aguardente
Mariscar	ganhar, obter alguma cousa
O homem me chamou em baixo	quando o administrador chama.

O dr. Leão quando medico legista era encarregado do serviço anthropometrico, se referiu em relatorio publicado, a muitas palavras ou phrases empregadas como giria.



Prof. A. Fróes da Fonseca

Prof. Fróes da Fonseca

O Prof. Fróes da Fonseca, cathedratico de anatomia medico-cirurgica de nossa Faculdade, em concurso a que se submetteu para Prof. substituto na Faculdade de Medicina da Bahia, conjunctamente com o dr. Ignacio de Menezes, candidato de rara competencia e extraordinario merecimento, logrou ser classificado em 1.º lugar por grande maioria de votos da respectiva Congregação, tal o brilhantismo com que se houve nas provas varias exigidas nesse certame.

Sabido do resultado do concurso, a Directoria de nossa Faculdade dirigiu-lhe o seguinte officio:

"3091 — 24 de maio de 1920.

Snr. Prof. Fróes da Fonseca

Apresento-lhe as mais effusivas felicitações pelo brilhantismo de seu concurso, recentemente realizado, o que, aliás, era espe-
rado, taes sua competencia e lucido talento.

A Faculdade sente-se orgulhosa por vêr seu nome tão altamente elevado, tanto mais quanto, por todos proclamado, innegavel era o valor do adversario.

A Congregação associa-se **ex-corde** ás me-

recidas ovações que lhe tem sido ahi tributado por tão justo motivo.

a) O director, Prof. Sarmiento Leite"

Em sessão da Sociedade de Medicina, seu presidente propôz, o que foi unanime mente approved, que constasse em acta o regosijo da Sociedade pelo concurso do Prof. Fróes e que fosse ao mesmo dirigido um officio de congratulações.

O Prof. Fróes iniciou seu curso de medicina em nosa Faculdade, na qual se matriculou na 1.ª serie, em 1908, tendo, após aprovação com boas notas, se transferindo no anno seguinte para a Faculdade do Rio.

Ahi, logo depois de formado, foi nomeado — Livre docente de anatomia descriptiva e mais tarde, em Abril de 1917, obteve, por concurso, o lugar de Prof. substituto da 5.ª secção, em nossa Faculdade, sendo depois promovido a cathedratico de anatomia medico-cirurgica.

Nesta despretenciosa noticia os — Archivos — prestam uma homenagem ao Prof. Fróes, a quem apresentam felicitações e congratulam-se com a Faculdade de Medicina de Porto Alegre, enviando tambem parabens á Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia.

EXPRESSÕES PITTORESCAS

Operar. — Defecar. (O doente não tem operado).

Obra. — Fézes.

Congestão. — Indigestão.

Halito. — Cheiro. (A obra tinha um halito horrivel).

Ventusiar. — Expellir gazes. (O doente ventusiou toda a noite).

Constipação. — Resfriado.

Inchume. — Edema.

Arrancos. — Nauseas.

Golphada. — Jacto. (O doente botou uma golphada de sangue.

Campainha. — Uvula.

Cavallo. — Cancro duro.

Bichas. — Ascarides.

Mula. — Adenite inguinal.

Lançar. — Vomitar. (O pequenino lança muito).

Patricias. — Hemorrhoidas. (Estou com as patricias de fóra).

Sapinhos. — Oidium albicans.

Grãos. — Escrotos.

Via. — Anus.

Embrulho de estomago ou estomago embrulhado. — Estado nauseoso.

NOTAS DE CLINICA

O período de remissão na peste e o seu valôr prognostico

Ha, como se sabe, nas meningites, e, sobretudo, na meningite tuberculosa, um período de remissão que, de improviso, se intercalla entre o período de estado e a phase terminal da molestia e que se caracteriza por uma pausa e até mesmo por uma regressão na evolução dos symptomas.

Subitamente e quando o doente já se abeira da morte, na aggravação intensa de todos os signaes meningíticos, um phenomeno curioso exsurge, transformando inteiramente a scena morbida: amenisam-se, de surpresa, os symptomas pungentes da molestia e o doentinho, cujo estado oscillava entre uma agitação delirante, com ou sem convulsões, e um torpor que parecia em marcha para o côma, adquire, imprevisadamente, uma grande melhora: a febre cae, cessam os disturbios gastricos, a agitação se calma, o somno se tranquillisa, a cephalgia desaparece, a consciencia renasce, todo esse quadro dando aos que cercam o pequenito enfermo uma radiosa esperança de cura.

Tudo isso, porém, não é mais — nós o sabemos — que uma illusão ephemera: sob essa consoladora apparencia de melhora, lá está o pulso, no seu rythmo perturbado, a denunciar que a molestia continúa; lá estão as pupillas desiguaes, lá está o Kernig... E, de feito, a breve trecho, os symptomas voltam todos e se desencadêam, numa rajada, até á phase paralytica, até á morte.

E' a lição dos livros, cimentada, a cada instante, na clinica.

Ora, ha uma outra molestia em que se nota, a miude, o mesmo período de remissão ou de regressão, intercallado entre a phase de estado e a do termo: — essa molestia é a peste.

Em varios casos do mal levantino tenho observado o facto. Na plena exuberancia dos symptomas de estado e quando o *exitus lethalis* parece proximo, o pestoso apresenta, de inopino, accentuados signaes de remissão, ou, melhor dito, de regressão na evolução da doença: a temperatura cae, os bubões se tornam indolores, o delirio amaina, cessam as dores, a consciencia desperta, o facies readquire a sua expressão natural.

Tal como na meningite, arde no coração dos que cercam o doente, o mesmo clarão de esperança. Clarão fugaz... Essa melhora é o prologo da morte: em poucas horas, duas, tres horas ás vezes, a scena se transmuda: o myocardio, extremamente enfraquecido pela molestia, quebranta-se cada vez mais, claudica e pára.

O prognostico, nesse período da peste, ha de se firmar no exame do pulso. Tenho, com effeito verificado, em taes circumstancias, que mau grado as melhoras apparencias e a despeito da remissão de todos os symptomas, o pulso se conserva sempre fraco, pequeno, molle, irregular e, por fim, filiforme e incontestavel.

Archivo esta nota clinica por não a ter visto em letras medicas.

Dr. Mario Totta.

A vaccinothérapie preventiva nas infecções typhicas e paratyphicas

A prophylaxia, pela vaccinothérapie preventiva, das febres typhica e paratyphicas é uma das conquistas de maior valia da Medicina hodierna. A sua efficiencia, já incontestavel antes da grande catastrophe que assolou o mundo no quinquenio de 1914 a 1919, tocou á evidencia no decurso desse lustro sangrento, em que varios povos se

empenharam ferozmente em uma luta ingloria pelo exterminio das raças.

A vacinação preventiva contra a febre typhica e as suas congêneres passou a ser uma medida prophylactica de caracter militar obrigatorio, nas tropas humanas em operações de guerra; o resultado dessa louvavel providencia foi uma consagração ao valor efficaz da vaccinothérapie preventiva.

Não cabendo nesta rapida noticia a transcripção de dados estatísticos, tão profusos quão eloquentes, limitamo-nos a repetir aqui uma referencia feita por uma Revista médica de Paris a proposito de um contingente de alguns milhares de soldados francezes, destinados a combater nas inhospitas regiões da Africa; o vaso de guerra que transportava esse punhado de homens fez escala em um porto de mar italiano, onde recebeu a seu bordo dois officiaes francezes, pertencentes ao corpo expedicionario. Os soldados embarcados em França estavam todos vaccinados, o que já não succedia com os dois officiaes destacadados na Italia.

Algun tempo depois do inicio das operações belligerantês em territorio infestado pelo bacillo de Eberth, verificaram-se no contingente francez apenas dois casos de febre typhica, sendo um fatal, e o outro seguido de cura; as victimas foram os dois officiaes não vaccinados.

Teremos, pois, commettido uma obra meritoria e de humanidade para com o nosso proximo, no dia em que proseguirmos, á custa de um esforço conjunto e tenaz, incutir no espirito publico a absoluta necessidade de premunir-se, por meio da vaccina, contra o flagello inclemente que não cessa, na sua faina lugubre de destruição, de desferir golpes decisivos sobre uma população abandonada aos caprichos do azar sinistro.

A cidade de Alegrete pôde fornecer uma valiosa contribuição em abono da efficazidade da vacinação preventiva contra a febre typhica e suas affins.

Estas infecções grassavam, com caracter endemico, em Alegrete; os casos, frequentes e quasi sempre graves, fataes em grande parte, verificavam-se tanto nas classes abastadas como entre os indigentes, reproduzindo-se, ás mais das vêzes, em zonas infectas, que constituíam verdadeiros reductos inexpugnaveis da terrivel infecção. O justo panico, então manifestado no povo dessa localidade, alarmado com razão pela circumstancia aggravante de se sentir inteiramente indefeso contra a ameaça imminente de uma infecção, cujos focos originarios se multiplicavam celeremente, pois vingavam em terreno proprio, fez com que a população, sinão na sua totalidade pelo menos em porção consideravel, procurasse immunizar-se contra o mal temido de todos. Os resultados dessa medida de prudencia e de amor á propria vida excederam á expectativa mais optimista, pois a vacinação foi posta em pratica, em larga manu, no começo de 1917, e desde essa epocha até os nossos dias não temos tido conhecimento de casos novos, salvo os existentes entre os desvalidos que, mercê de sua indigencia, não puderam usufruir dos beneficios do recurso prophylactico de que nos occupamos.

Entre as innumeradas pessôas vaccinadas registraram-se apenas 4 casos, em que a infecção se declarou após a vacinação, sendo que em um destes casos a vaccina já foi empregada em pleno periodo de incubação da molestia.

Dos 4 casos citados, um foi fatal, os outros tres evoluíram com caracter benigno, sendo que em dois o laboratorio verificou a identidade do paratyphico A, como agente etiologico.

De nossa parte adoptámos a pratica da vacinação annual.

Em regra geral, a vaccina determina uma leve reacção local — um pouco de edema doloroso. A reacção geral, consistindo em febre, oscillando entre alguns decimos e 40°, calefrio, myalgias, prostração, cephalalgia, não é rara, mas quasi nunca se prolonga além de 12 horas. Estes symptomas todos são facilmente conjurados pela ingestão de uma pastilha de aspirina.

(0,50), 2 horas após á inoculação da vacina.

Existem algumas pessoas, raras é verdade, que sem estarem compreendidas no rôl dos interdictados, apresentam, entretanto, uma susceptibilidade especial pela vacina; nesses casos, a injeção de uma dose da série é acompanhada de alguns symptomas que se prolongam por mais de 48 horas, simulando os prodromos da febre typhica. Conseguimos evitar esse inconveniente, fraccionando as doses indicadas.

Consideravamos sempre como casos contraindicados á vaccinação preventiva todo o doente portador de um estado febril, os tuberculosos com lesões em actividade, e os nephriticos com signaes evidentes de insufficiencia da funcção eliminadora.

As vaccinas mais empregadas foram as do Laboratorio Dr. Pereira Filho, do Instituto Oswaldo Cruz, Rio, e do Laboratorio Paulista de Biologia, S. Paulo.

Dr. Saint Pastous.

Abril de 1920.

A vaccinotherapia na coqueluche

Em 1918, por occasião de uma epidemia de coqueluche, em Alegrete, adoptámos o emprego exclusivo da vaccinação no tratamento desta molestia. Usámos a vacina fabricada pelo Laboratorio Paulista de Biologia.

Conclusões: I. — Logo após á inoculação total das varias doses indicadas, observámos uma attenuação sensível da intensidade e frequencia dos accessos paroxysticos da tosse, mesmo em casos delicados, já pela gravidade da propria molestia, como pelas condições personalissimas do paciente.

II. — Infelizmente, a acção benefica da vacina não era duradoura, pois que, em regra, os accessos de tosse recrudesciam ao fim de 3 a 4 semanas.

III. — A vacina é absolutamente inocua, parecendo não existirem contra-indicações a ella.

Serotherapy anticarbunculosa

Inquestionavelmente, a therapeutica evolue, de modo lento mas seguro, no caminho do progresso, libertando-se cada vez mais das teias do fetichismo rotineiro, restringindo as indicações indefinidas das panaceias miraculosas, e ampliando o capitulo auspicioso da Serotherapy especifica.

Ainda em tempo bem recente, o tratamento do Carbunculo humano cingia-se á classica destruição, pela thermocauterização, da pustula maligna, e subseqüentes injeções de substancias chemicas, mais ou menos causticas, em torno da séde da lesão inicial, com o fito de circumdalla e oppôr uma barreira intransponível ás toxinas carbunculosas.

É' obvio que a efficacidade de um tal processo therapeutico implica a contingencia imprescindível da precocidade na applicação do mesmo, o que, aliás, não se realiza, pois que as pessoas atacadas pelo Carbunculo, via de regra, vêm do campo, e só solicitam recursos medicos quando o mal tem feito progressos na sua marcha devastadora.

Passamos a relatar algumas observações succintas, em que obtivemos os resultados mais animadores com o emprego do sôro-anticarbunculoso em casos, cuja molestia datava já de varios dias.

Sabemos que o nosso distincto collega Dr. Orcy, de Uruguayana, tem empregado largamente o sôro anticarbunculoso, com excellentes resultados.

Usámos o sôro fabricado no Instituto Mendez, de Buenos Aires, pois, nessa epocha, os nossos Laboratorios nacionaes ainda não o produziam.

I. M. R., 50 annos, casada, da campanha.

Pustula carbunculosa da mão esquerda, datando sua eclosão já de 8 dias; edema consideravel de todo o membro correspondente, espadua e metade esquerda do thorax; estado geral precario, hyperthermia, tachycardia, dyspnea, oliguria, cephalcia intensa, diarrhêa.

Tratamento: já havia sido feito, dias antes, a cauterização da pustula, e aconselha-se uma medicação symptomatica.

Já no 9.º dia da molestia, enfrentando uma situação inquietadora, injectámos 20 cc. de sôro anti-carbunculoso. 24 horas depois, o edema diminuía sensivelmente, sen-

do seguido de uma melhora rápida e progressiva dos symptomas geraes; ao fim de poucos dias, a paciente estava curada.

II. J. C., 30 annos, solteiro, da campanha. Pustula carbunculosa do antebraço direito, datando de varios dias; edema consideravel, estado geral pessimo.

Tratamento: 2 injeções de sôro, 20 cc. cada uma, com 12 horas de intervallo. Curado.

III. A. R., 18 annos, da campanha. Pustula carbunculosa do pollegar da mão esquerda, datando de alguns dias; estado geral bom.

Tratamento: cauterização da pustula, e injeção de 20 cc. de sôro. Curado.

IV. F. S., 38 annos, viuvo, da campanha; a mulher fallecera, dias antes, de carbunculo. Pustula carbunculosa do dorso da mão direita; edema do membro superior, hyperthermia.

Tratamento: cauterização da pustula, e injeção de 20 cc. de sôro. Curado.

Dr. *Saint-Pastous*.
(Alegrete).

EMOLLIENTES E REVULSIVOS

No consultorio de conhecido clinico, entrou certa vez um casal de mambiras carregando uma creança doente.

O medico examinou o gury e pegando da penna, depois, para receitar, interrogou o casal:

— Como se chama o pequeno?

O pae olhou desageitado para o medico, olhou para a mulher, olhou para os pés, coçou a cabeça e, por fim, meio enleado, respondeu:

— Tem seus conforme: si qué sabê o nome p'ra dizê, é Cibide; mas si é p'ra escrevê é Alcebiádes!

O professor Mariante operava na Santa Casa uma doente de côr preta. Na ocasião de suturar a ferida, percebeu que a agulha não tinha ponta e exclamou, aborrecido:

— Esta agulha é uma lança!

Jeca do Sul que se achava perto rematou, apontando a côr da operada:

— Então é uma lança em África.

Jeca do Sul andava seriamente intrigado com a frequencia dos partos á noite.

— E' coisa singular, dizia elle: quasi toda gente nasce de noite. E' raro ver um parto de dia!

Uma velhinha que o escutava, aproximou-se do Jéca e lhe soprou no ouvido:

— Então o senhor não sabe a razão porque as creanças nascem de noite?

— Eu, não.

— Pois é para completarem justamente os nove mezes...

Authentica e sem reclame:

Um neurasthenico que tinha no corpo todas as molestias e se queixava cada dia de uma doença nova, entrou desesperado no consultorio do seu medico e exclamou:

— Agóra sim, doutor, já descobri a minha enfermidade: O que eu tenho é metrite!

— Metrite?

— Sim, metrite. Li muito bem no Chernoviz: dôres nas cadeiras, peso na barriga, palpitações, vontade de chorar, suffocação...

O medico coçou a cabeça, pensou um pouco, sorriu e, por fim, aconselhou:

— E' isso mesmo... Talvez você tenha razão... E agora, meu caro, é tratar-se. Tome a *Saúde da Mulher*.

REVISTA DAS REVISTAS

O recesso palatino; seu papel na dyphtheria pseudo-phlegmonosa

(Dr. Sicre; these de Toulouse, 1918; rel.º por Beausoleil em Rev. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de 20—2—920).

O recesso palatino, esse espaço limitado pelos pilares anterior e posterior e pelo polo superior da amygdala palatina, é occupado por tecido adenoide, podendo ser assimilado a uma *crypta amygdaliana*. Quando a diphteria ahi se localisa, póde tomar a fórma de um phlegmão da amygdala, com o qual o diagnostico é, ás vezes, muito difficil. Sendo da maior importancia conhecer o character dyphtherico da infecção, torna-se necessario desconfiar de toda a angina phlegmonosa acompanhada de reacção ganglionar interna, com pallidez, abatimento e pulso pequeno e não deixar de fazer o exame bacteriologico com exsudato retirado do proprio recesso; obter-se-ão assim resultados positivos quando as culturas feitas com exsudato retirado da superficie da amygdala nada houverem revelado. A evacuação do pús, quando existir, deverá ser feita pelo catheterismo do canal, praticado com instrumento não cortante, por haver o maior interesse em fazer o menos de effracção possivel nas anginas dyphthericas.

J. A. B.

Contribuição á questão do deslocamento da larynge e da trachéa nas modificações dos órgãos thoracicos

(Dr. Mengel; rel.º por Egger na Rev. de laryngologie de 20—2—920).

Homem de 48 annos; tosse ha 3 annos; difficuldade respiratoria ha um anno; hemo-

ptises frequentes. Nos ultimos 3 mezes rouquidão; pensa-se na tuberculose. A larynge se acha em posição asymetrica repellida em grande parte para a direita da linha mediana. Bordo superior esquerdo da cartilagem thyroide, cerca de 4 mm. mais alto que o direito; o exame laryngoscopico mostra a corda vocal esquerda, predominando ao nivel do lobo superior do pulmão correspondente, com destruição central e recalcando já trachéa e larynge. Havia além disso, forte adherencia do pulmão á parede thoracica, varios focos metastaticos.

J. A. B.

Interessantissimo, como sempre, o n. 1 de *L'Encephale*, órgão official da Sociedade de Psychiatria de Paris (10 de Janeiro de 1920.) Dentre os trabalhos originaes que nelle figuram, um sobresahe e que prende logo a attenção: é um estudo de *Henri Claude* e *Jean Lhermitte* sobre o amolecimento traumatico da medulla. Tratando da pathologia de guerra, referem os autores numerosos casos de grandes traumatismos da columna, nos quaes foram verificadas secções completas ou incompletas reduzindo a medulla, por vezes, a uma fina lamina de tecido nervoso, ou ainda esmagamentos que se extendiam a uma maior ou menor altura, porém nunca foram encontradas como tambem em observações dos proprios autores, lesões de amolecimento ultrapassando, de maiores distancias, a região traumatizada. —As observações que illustram esse trabalho se referem a contusões da medulla pelo projectil, sem que houvesse abertura da dura-mater nem dilaceração ou esmagamento completo do órgão; não se trata, tão pouco, de secção. Os feridos foram tomados immediatamente de paraplegia e esta não se modificou absolutamente nos mezes seguintes. O aspecto clinico era, assim, o das secções physiologicas completas. Mas, como

muito bem ponderam aquelles notaveis neurologistas, o interesse das suas observações está na natureza das lesões; em dois casos, uma grande parte da medulla, abaixo do segmento traumatisado, era a séde de um verdadeiro amolecimento; n'um outro, o fóco de myelomalacia attingia toda a altura dos segmentos dorsaes e lombares e, de tal modo, que o tecido se mostrava inteiramente liquido.

São esses os factos para os quaes os autores chamam particular attenção e que foram minuciosamente estudados em tres observações, seguidas de necropsias e exames histologicos completos. Recommendamos o magnifico trabalho aos collegas que se interessarem pelo assumpto.

G. V.

THESE

Com attenciosa dedicatória recebemos um exemplar da these inaugural do Dr. Antão Assis Brasil que a defendeu perante a Faculdade de Medicina da Universidade da Lausanne. — *Observations sur la régression des cartilages viscéraux élastiques et hyalins*, tal é o assumpto da interessante monographia, a qual vem distribuida em 3 capitulos: o 1.º é uma revisão historica sobre a questão; o 2.º estuda e traz observações sobre as alterações regressivas nas cartilagens do conducto auditivo externo, do pavilhão da orelha, da epiglote, da larynge, da costal; o 3.º é um resumo no qual o autor chega a certo numero de conclusões. Finalmente, ha a considerar, no fim, uma figura acompanhada de texto explicativo, e que representa um corte da cartilagem do conducto auditivo externo de um homem adulto.

Esse trabalho é muito bem cuidado e revela, da parte do joven medico, decidido pensador para a sciencia de Morgagni. Foi feito no laboratorio de histologia da Universidade de Lausanne de que é director o illustre prof. Dr. N. Loerenthal. Nelle se encontra uma rica bibliographia, especialmente allemã, traduzindo, dest'arte, o estudo consciencioso do autor.

Parabens ao joven collega, ao qual enviamos sinceros agradecimentos.

G. V.

Pesquisa da Glycose pelo reactivo de Ruoss

(Zeitschrift für physiologische Chemie, Janeiro e Maio de 1918).

Preparação do reactivo de Ruoss:

Dissolvem-se 3 gr.464 de sulfato de cobre cristalizado puro em 10 cc. d'agua quente. Depois do resfriamento *completo*, ajuntam-se e 2 p. d'agua). Deixa-se esfriar novamente ção de soda caustica (1 parte de Na OH pura e ajuntam-se 5 cc. de uma solução aquosa de sulfocyanato de potassio a 30% e completada a 100 cc. com chlorureto de sodio a 25% (NaCl 25 gr., H²O 75 cc.) Obtem-se assim um licôr azul, contendo uma proporção de cobre identica á do licôr de Fehling, 10 cc. do licôr de Ruoss correspondente a 0 gr.25 de glycose.

Emprega-se o licôr de Ruoss exactamente como o licôr de Fehling, isto é, adiciona-se á urina uma quantidade sufficiente de solução cuprica para obter uma coloração francamente azul. Aquece-se até o começo da ebulição. Retira-se o tubo de ensaio da chama; a reacção se produzirá alguns segundos depois.

Em caso de presença de assucars reductores, as mudanças de coloração são as mesmas que as observadas com o licôr de Fehling, porém com uma intensidade ainda maior. Mas, si não houver assucar, a redução que se produz quasi sempre com a urina, e que é devida aos phosphatos e aos corpos xanthopuricos, é muito menos sensível.

Este licôr se conserva muito bem e não é sujeito á acção dos medicamentos que toma o doente e que, como é sabido, reduzem o Fehling.

Antão Brasil.

Coloração do spirocheta pallida (serosidade)

(Münch. med. Wochenschr., 1916, n. 20, pag. 729.)

1) Fixar 1 minuto com.:

Acido acetico 1 cc.

- Formalina 20 cc.
Agua distillada 100 cc.;
- 2) Lavar alguns segundos n'agua corrente, depois fazer agir o mordente:
Acido phenico..... 5 cc.
Acido tannico..... 5 gr.
Agua distillada..... 100 cc.
durante 2" — 3" aquecendo ligeiramente até o desprendimento de vapores;
- 3) Lavar n'agua corrente;
- 4) Verter sobre a preparação, sem que ella esteja secca, algumas gottas da solução:
- Nitrato de prata..... 0,25 ctgr.
Agua distillada 100 cc.
e ammoniaco por gottas, até que a solução se torne opalescente, aquecendo-a durante 20" — 30".
- 5) Lavar, seccar e montar no balsamo de Canadá.

Antão Brasil.



FACULDADE DE MEDICINA

Com circular, assignada pelo secretario, Prof. Dias Campos, em nome do Prof. director, recebemos um exemplar de — Notas e Informações —, correspondente ao anno de 1920.

Especie de annuario, em que se encontram todos os dados referentes á vida da Faculdade, desde sua fundação, é portanto uma publicação de utilidade, não só para os que se interessam pelo movimento da Escola como tambem para os que pretendam nella se matricular, taes os varios e preciosos informes nesse sentido.

Ao historico da fundação da Faculdade, seguem-se: a relação nominal de todas as directorias, a seriação das disciplinas nos diversos cursos, a relação nominal do Corpo Docente, uma noticia sobre os seus Institutos annexos (Pasteur, Oswaldo Cruz e Anatomico), o modo do provimento dos cargos docentes (por concurso), relação nominal dos collegios, em que são validos, para a matricula, os exames de preparatorios, relação dos Institutos congeneres entre os quaes é permittida a transferencia de alumnos, relação nominal dos alumnos matriculados, transferidos e diplomados nos diversos cursos, desde sua fundação, relação nominal dos paranymphos nas varias turmas de doutorandos, os decretos de equiparação pelo Governo Federal, noticia sobre o novo edificio, em construção, etc. etc.

Do presente exemplar, n.º 5, do 5.º anno, extrahimos, os seguintes elementos:

A receita, em 1898, de — 16.662.000 subiu em 1919 a — 309.983.280 e a despeza de — 15.526.500 elevou-se a — 171.501.590, e o saldo, que era em 31 de Dezembro de 1898 de — 17.710.980 — attingiu na mesma data em 1919 a — 138.481.690, sendo que o patrimonio de — 45 contos em 1898 alcançou em 1919 á cifra de — 563.752.000.

E' este um attestado eloquente de seu desenvolvimento e da orientação segura observada pelas suas administrações.

O numero de matriculas, com pequenas oscillações tende sempre a crescer, como se vê abaixo:

1898.....	34
1899.....	67
1900.....	92
1901.....	90
1902.....	109
1903.....	163
1904.....	173
1905.....	218
1906.....	230
1907.....	199
1908.....	224
1909.....	230
1910.....	230
1911.....	319
1912.....	287
1913.....	252
1914.....	229
1915.....	236
1916.....	250
1917.....	222
1918.....	192
1919.....	215
1920.....	181

Até esta data fôram transferidos para a Suissa — 8 alumnos e para a Faculdade do Rio — 148 alumnos.

Diplomados em medicina.....	225 alumnos
Diplomados em pharmacia...	164 "
Diplomados em odontologia..	181 "
Diplomados em obstetricia..	23 "
Diplomados em obstetricia...	23 "

Desempenharam os cargos de Delegado Fiscal do Governo da União, os drs. Bal-

duino Athanazio Rodrigues do Nascimento, Francisco de Paula Dias de Castro, Candido Ferreira dos Reis, Eduardo Emiliano Pereira dos Santos, Jacintho Luiz Gomes e Ricardo Pereira Machado que continúa actualmente.

Foram paranymphos das diversas turmas de doutorandos desde 1904, respectivamente os Profs: Olinto de Oliveira, Sarmiento Leite, Dioclecio Pereira, Dias Campos, Octavio de Souza, Luiz Masson, Serapião Mariante, Carlos Barboza, Freire Figueiredo, Mario Totta, Arthur Franco, Gonçalves Vianna, Aurelio Py, tendo sido escolhido pela turma do corrente anno o Prof. Moysés Menezes.

Em relação ao edificio novo, transcrevemos o que escreveu o snr. Prof. director:

"Dentro de um anno estará a Faculdade convenientemente installada em seu novo edificio, á Avenida Redempção, graças ao interesse e empenho pela sua conclusão, dispensados pelo Benemerito Presidente do Estado, Exm. Snr. Dr. Borges de Medeiros. De facto, a 14 de janeiro ultimo foi assignado entre a Directoria de Obras Publicas

e os engenheiros A. Sartori & Cia. o contracto para a respectiva construcção, cujas obras foram reencetadas a 29 do mesmo mez.

O edificio, que está sendo feito á expensas do Governo do Estado, não corresponde exactamente ao projecto primitivo, pois soffreu ligeiras alterações pela Directoria de Obras Publicas, de accordo com a Directoria da Faculdade e com a extincta commissão de obras, como ficou resolvido na reunião em 17 de Julho de 1918, modificações approvadas pelo Dr. Presidente do Estado.

Em breve, pois, estarão satisfeitas as justas e antigas aspirações da Congregação deste Instituto de Ensino Superior, ficando claramente evidenciada a assistencia efficiente prestada a esta Faculdade pelo Exm. Snr. Dr. Presidente do Estado."

Pelo apanhado que vem de ser feito se pôde aquillatar do grão de desenvolvimento deste importante Instituto de Ensino Superior que faz honra ao Brazil e que tanto tem contribuido para o progresso intellectual de nosso querido Rio Grande do Sul.



Sociedade de Medicina

A 9 de Abril p. findo, recommencaram os trabalhos anuais da Sociedade, que passou a funcionar no salão nobre da Faculdade de Medicina. Ficando resolvido que se restabelessem as conferencias mensais, propôs-se a fazer a primeira o Prof. *Annes Dias* que, com efeito, em sessão do dia 30 do mesmo mês, dissertou, na presença de inumeros consocios, medicos e estudantes, sobre — *O papel das glandulas de secreção interna em patologia gastro-intestinal.*

A 23 de Abril o Prof. *U. Nonohay* lê um seu trabalho original sobre sífilis e glandulas de secreção interna, sendo designado para emitir parecer a respeito, na fórma dos Estatutos, o Dr. Renato Barbosa.

Esse parecer foi apresentado e lido em sessão de 7 de Maio.

A conferencia de Maio coube ao Prof. Victor de Britto, que a realizou a 21 dêsse mês, tendo por tema "*Considerações praticas sobre as complicações endocraneanas nas otites médias.*"

TRABALHOS DA SOCIEDADE

1918

Em sessão de 30 de Agosto, o Prof. *Olinto* cita um caso que lhe despertou interesse e que passou despercebido a alguns clínicos, quanto ao verdadeiro diagnostico: Moço de 23 anos, forte, boa aparência, certa vez, após exercício fatigante (reservista do Exercito), teve uma síncope, ficando consequentemente prostrado, por algumas horas.

Mais tarde, após manobras de *foot-baal*, é acometido de nova síncope. Consultou a alguns profissionais, obtendo dêles diagnosticos diversos. Ainda noutra ocasião, após esforço, outra vertigem.

Procurou, então, o paciente ao orador para lhe ouvir os conselhos. Pelo exame minucioso a que procedeu, concluiu tratar-se aí de uma *estenose* mitral, doença que sóe passar despercebida pelas pesquisas clínicas pouco atentas. Entra agora em considerações em torno dos sinais encontrados: rufar presistolico, fremito, choque da ponta, desdobramento da 2.^a bolha, maximé quando caracterizam a estenose mitral pura. Além disso, percebeu tambem aumento da maciszez da aurícula E. — tudo lhe avigorando a idéa da existencia, no caso, da lesão aludida, perfeitamente compensada.

Fala, em seguida, sobre a frequencia ou rareza da estenose mitral, que os autores apontam como mais comum na mulher, parecendo-lhe, porém, não ser tão rara, como se pensa, no homem.

No tocante ao paciente de sua observação, apurou que o progenitor sofre de insuficiencia mitral de origem reumatica. Talvez haja, opina, qualquer ligação entre êsse reumatismo paterno e a estenose referida. Considera, por fim, sobre os cuidados higienicos e terapeuticos recomendaveis em casos tais, enumerando os que aconselhou.

A respeito do caso fazem ponderações os Drs. *Nogueira Flôres*, *Octacilio Rosa*, *Plínio Gama* e *Martim Gomes*.

Na sessão do dia 6 de Setembro, o Prof. *FALK* faz considerações sobre a *linha branca supra-renal* de *Sérgent*, que indica insuficiencia de glandulas supra-renais.

Cita, a proposito, dois casos seus de doentes de febre tifoide, com vomitos intensos, em quem notou a linha branca bem desenhada, havendo desaparecido os vomitos com o emprego da adrenalina.

O Prof. *BRÜSSMANN* fala sobre um paciente recolhido á Enfermaria Dr. Wallau, do

Hospital da S. Casa: — Individuo de 30 anos, branco, português, escultor em madeiras.

Ha um ano começou a sentir dôr abdominal localizada no meio de uma linha que une a cicatriz umbelical á inserção da 10.^a costela, fenomeno que se intensifica á noite e, actualmente, de tanta acuidade que obriga o paciente, para lhe minorar o sofrimento, á posição habitual dos quadrupedes. Por vezes, vomitos.

Pelo exame, provoca-se a dôr ao longo da linha mediana do abdome, á D. principalmente. Defesa muscular exagerada em ambos os rectos abdominais. Inversão do tipo respiratorio. A' ausculta, percebe-se sôpro diastolico-arterial, ao nivel do epigastro. Coração — normal. Isocronismo radial e crural. Não se ouve sôpro no dorso.

Pensou, por exclusão provavel de outros quadros morbidos, em aneurisma da aorta abdominal.

A radioscopia mostrou acumulo de bismuto em certos pontos; havia uma mancha de centro bem nitida. O Prof. Franco resolveu fazer uma laparotomia exploradora e encontrou, no corpo da aorta, um tumor fusiforme, de modo que o diagnostico formulado de aneurisma foi confirmado pela intervenção cirurgica.

Sôbre o assunto e sôbre o valor da laparotomia exploradora, fazem considerações os Drs. *Plínio Gama, Olinto, Sarmento Leite e Martin Gomes.*

Os Drs. *PLÍNIO GAMA* e *OLINTO* falam sobre *peritonites tuberculosas*, curadas sem tratamento medico-cirurgico, citando casos por eles observados.

O *Prof. Olinto* faz considerações sobre a benignidade da tuberculose das serosas e diz crer na cura da meningite tuberculosa, apesar das palavras de *Henoch*: "feito o diagnostico de meningite tuberculosa, pôde dizer-se que se deu a condenação de morte."

Sôbre o assunto manifestam-se o *Prof. Martin Gomes* que alude a caso de seu conhecimento, em que se deu a cura, e os *Profs. Blessmann e Falk.*

Na sessão de 27 de Setembro o *Prof. FALK* apresenta uma peça anatomica constando do

rim E. de uma cliente sua que operára em companhia dos *Profs. Blessmann e Franco.* Trata-se de uma senhora de aspecto sadio, embora magra, que se queixava de dôres lombares e accusava haver tido hematuria. Pelo exame a que nela procedeu, encontrou com efeito, dolorosa a região renal E. Oito dias depois disso sobreveiu nova hematuria. Vinde-lhe á mente, entre outras hipoteses, a de uma possivel tuberculose, requereu a pesquisa do bacilo de Koch na urina, a qual foi positiva logo ao primeiro exame.

A seu convite, o *Dr. Blessmann* procedeu a uma cistoscopia, tendo notado zona congestiva em torno do meato uretral. Quando penetrou a sonda no uretér, sentiu que havia como que um estreitamento, impedindo a passagem, o que foi vencido com uma sonda de calibre maior. Pela separação de urinas praticada ainda pelo *Dr. Blessmann*, verificou-se que o rim doente funcionava melhor que o são.

Em vista da taxa elevada do coeficiente de *Ambard*, resolveu não operar logo e submeteu a paciente a regimen vegetariano, ministrando-lhe ao mesmo tempo alcalinos.

Algum tempo depois é que houve, então, a intervenção cirurgica, que consistiu na nefrectomia E.

A peça apresentada, comenta, é instructiva, mostrando a existencia de um tuberculo apenas, uma zona de congestão ao nivel do polo superior e lesões do bassinete, explicando estas a hematuria precoce e a quantidade de bacilos encontrados na urina logo ao primeiro exame.

O *Prof. Blessmann* entra em considerações a respeito do caso, lembrando que as pesquisas varias e infructiferas que se fazem, ás vezes, nas urinas provenientes de rins tuberculosos, para a procura do bacilo de Koch, são devidas á natureza das lesões, nesses casos fechadas. No presente caso, porém, o primeiro exame deu logo resultado positivo devido a existencia de lesões do bassinete.

O *Prof. Blessmann* apresenta o caso de um individuo de 20 anos, mais ou menos, que ha 4 dias fôra recolhido ao Hospital por ter recebido um ferimento penetrante na região infra-clavicular D. Ao exame encontra 92 pulsações, por minuto, e 24 inspirações. Esta-

do geral — bom; ferida em boas condições.

Para o aparelho respiratorio nada de anormal; ausencia de escarros sanguineos. Foi notada, porém, a presença de um enfisema sub-cutaneo, em breve desaparecido. Ha ainda em torno da ferida um leve abaulamento.

Conversa com os colegas sobre se o enfisema, neste caso, pôde por si só indicar a existencia de penetração no pulmão.

Trocam idéas sobre o assunto o Dr. *Plinio Gama*, *Prof. Sarmento* e o orador.

1920

Na sessão do dia 9 de Abril — o *PROF. GUERRA BLESSMANN* apresenta um caso de sua observação: neoplasma maligno da região glútea, sobrevivendo a neoplasma ulcerado do recto, ha tempos operado, que, por sua vez, fôra consecutiva a um outro da região inguinal.

O exame histopatologico verificou tratar-se de carcinoma. Chama a atenção para o facto de reproducção em logares diversos.

A proposito, o *Prof. Annes Dias* fala sobre paciente de sua clinica com sintomatologia de neoplasma uterino e que actualmente apresenta fenomenos cerebrais, tais como cefaléa pertinaz, estado vertiginoso etc.

Desconfiando de metastase, pede exame de fundo de olho, que revelou estase papilar. Poude assim formular a diagnose da co-existencia de neoplasma do encefalo.

Ainda o *Prof. Guerra Blessmann* cita caso em que houve dous focos de tumor: um do rim e outro (sarcoma) do umero, sem poder assinalar qual dos dous precedeu ao outro.

O *Prof. Olinto* entende ser mais provavel, pela frequencia, que o tumor inicial fosse o do umero.

O *PROF. ANNES DIAS* refere dous casos de anemia grave, consecutiva a ancilostomiase. Num dêles, a quota de hemoglobina chegou a 9%, tendo sido muito grave o estado da paciente, aventando-se até a idéa de uma transfusão. Ao tomar 6,0 grs. de timol, achava-se em estado gravissimo. Fez, depois, injecções de cacodilato de ferro em alta dose e adrenalina. Ao cabo de 20 dias de tratamento, era bem satisfactorio o estado do paciente, em quem a taxa de hemoglobina ascendia a 25%.

No outro caso, em que a anemia manifestava-se intensamente, a quota de hemoglobina de 10% subira a 15% com identica terapeutica.

Em ambos os casos, empregou tambem a helioterapia.

Na sessão de 16 de Abril, o *PROF. MARTIM GOMES* relata um caso de sua observação: Senhora gravida de 2 a 3 meses que, querendo provocar aborto, tomou 6 capsulas de apiol. Sobrevieram logo sintomas de intoxicação: perturbações digestivas, temperatura baixa, albuminuria com fenomenos de nefrite aguda. Teve tambem hemorragia uterina com primicias de aborto. No dia seguinte a tais accidentes, foi o orador chamado para atender essa paciente que apresentava, então, algumas contracções dos membros e em quem se esboçavam fenomenos visivelmente uremicos ameaçadores de convulsões. Resolve, por isso, praticar o aborto, visando ao mesmo tempo a obtenção de uma sangria. Tudo correu bem, mas os sintomas de nefrite ainda persistem.

Encontrou difficuldade em explicar a razão de tais fenomenos, pois os autores que consultou não emprestam ao apiol qualidades capazes de produzir êsses accidentes.

Agora, porém, lê na *Presse Medical* uma observação, mais ou menos identica á sua, de intoxicação pelo apiol, ingerido na dose de 18 capsulas.

O *PROF. ANNES DIAS* refere interessante caso de sua clinica: Criança de 18 meses que apresentou fenomenos infecciosos agudos, justificativos de uma *pielite*, confirmada pelo exame de urinas.

Institue tratamento pelo citrato de sodio, urotropina e helmitol, sucessivamente, sem grandes resultados.

Algum tempo depois a sua doente mostra flexão da perna sobre a côxa, acusando dores nesse membro a qualquer manobra de exame. Anteriormente já se lhe notavam perturbações da marcha, o que foi pela familia atribuido a uma pequena ferida do joelho. O estado geral piorava e a fórmula leucocitaria revelava-se elevada.

Colega que tambem examinou o caso pensou tratar-se de uma coxalgia. Levaram, por

isso, a paciente aos raios X, que não elucidaram a questão.

Inclinou-se, porém, para o diagnostico de pielonefrite, entrando em considerações sobre a diferenciação clinica entre êsses dois estados morbidos, no caso vertente. Com essa idéa, insistiu ainda na alcalinisação intensa, que no fim de algum tempo lhe deu o desejado efeito, curando-se por completo a sua doente.

O Prof. Olinto fala sôbre o caso, achando-o interessante pela dificuldade do diagnostico e pela raridade de uma discussão entre essas duas doenças.

O Prof. Luis Guedes refere o caso de uma menina que apresenta, às vezes, uma oftalmia purulenta de repetição que vem sempre acompanhada de pielite. Quando aquela melhora, cede esta também. O exame da secreção conjuntival foi negativo quanto ao gonococo.

O PROF. LUIS GUEDES cita um caso de sua observação, de *paralisia geral* de fórmula clinica atípica: Senhor de 40 anos, com sífilis provada, ainda pelas 4 reacções de Nonne — todas positivas, (Wass. no liquido +++++), que ha 4 meses vem manifestando estados delirantes intermitentes. Assim, ora se apresenta em forte agitação psico-motora, de tipo confusional, o que perdura alguns dias. A pouco e pouco, e às vezes, de pronto, cessa êsse estado ruidoso para entrar em perfeita tranquilidade. Ai, então, bem orientado, lucido, responde com firmeza a todas as inquirições que se lhe fazem, mostrando boa percepção, associação de idéas normal, raciocinio logico, julgamento presente, memoria muito regular, só claudicante pelo cansaço precoce de sua atenção. Quando assim, reconhece que se acha doente, que esteve "atacado dos nervos", mas que tudo vai bem porque cumprirá as prescrições medicas que lhe ministrarem.

Essas fases de agitação e de tranquilidade se vem repetindo com certa periodicidade: em geral de 7 em 7 dias.

Refere o orador, a proposito, outros casos seus de fórmias atípicas da paralisia geral.

O PROF. SARMENTO LEITE entra em considerações a respeito de exames de laboratorio

e suas relações com a clinica. Cita um caso de apendicite, para o qual foi chamado em conferencia, não tendo encontrado indicação operatoria, no momento.

O colega que tratava do doente, achava que havia pús; seis dias após a conferencia e, para confirmação, pediu contagem de leucocitos, que se mostraram 10.000 por mm.³

Ainda desta vez o orador não indicava a intervenção e, entretanto, alguns dias depois o doente era operado por outros colegas, tendo sido encontrado pús.

Relata outro caso em que suspeitou de apendicite ou de febre tifoide, em começo. A contagem de globulos brancos deu 32.000 por mm.³ Em vista dêsse resultado, lembrou á familia que talvez fôsse necessaria uma operação, pedindo que se ouvisse outro colega. O Prof. Olinto, chamado, entendeu que, de facto, pelo exame de laboratorio deveria haver pús, mas que, entretanto, o estado do paciente permitia esperar.

Outro colega, também ouvido, contra-indicou a intervenção. O doente obteve depois disso, progressivas melhoras, parecendo completamente afastada a necessidade da operação.

Faz sentir, enfim, a contradicção, nêsses dois casos, entre o laboratorio e a clinica.

Na sessão de 7 de Maio, o PROF. NONOHAU, após a leitura do parecer apresentado sobre o seu trabalho (*sífilis e glandulas endocrínicas*) pelo Dr. Renato Barbosa, entra em considerações a respeito: Combate o que se referiu o Dr. Renato sobre a definição de sífilis, mostrando que, no caso, não se trata de definir mas de uma questão de patogenia. Salienta que este lhe atribue nêsse sentido opiniões que, ao contrario, refuta no seu trabalho, ao invés de cogitar do verdadeiro motivo do mesmo, qual seja o da localizaçáo da lues nas glandulas de secreção interna.

Mostra que o autor do parecer exagera o ponto de vista principal do trabalho e que é o de salientar onde se alberga o treponema durante os periodos de latencia e de actividade de infecção. Refere-se ainda á diferença que existe entre as septicemias e a sífilis, na qual o sangue serve apenas de meio de transporte.

Afirma que o parecer é simples divagação sobre pontos isolados de seu trabalho.

Em seguida, o Prof. Esteves manifesta-se

relativamente ao assunto em discussão, no que diz respeito á imunidade. Comenta a observação citada do *Prof. Nonohay* e que lhe parecerá a principio de reinfeccção, ressaltando nesses casos a necessidade da reacção serológica e verificação do virus. Além disso, entende necessario não só a identificação da segunda pretensa lesão inicial em logar diverso da primeira, como se fazer a reacção de Wassermann no periodo intermediario, que viria provar ou negar, pela formação de anticorpos, a imunidade antisifilitica.

Fala o *Prof. Nonohay*, dizendo que o seu trabalho responde ás objecções do *Prof. Esteves*, pois trata-se de um sífiloma surgido em ponto diferente do primitivo, e o que é mais, verificado como este pelo exame microscopico. Quanto á reacção de Wassermann a que o *Prof. Esteves* empresta a faculdade de mostrar a formação de anticorpos, diz ser hoje considerada como reacção bioquimica, ausente, muitas vezes, na *lues* e presente, outras tantas vezes, em infecções totalmente diversas. Insistindo sobre o facto da imunidade absoluta do periodo primario, refere-se a trabalhos de Levy Bing, e os modernos de Funder e Lundsteiner, que resumem a questão na seguinte formula: «Se o organismo está sujeito a infecção do treponema endogeno, como está mais que provado pela evolução da doença, não se compreende que fique imune deante da infecção levada pelo treponema exogeno.»

Trava-se ainda animada discussão em torno da tese levantada pelo *Prof. Esteves*: «a imunidade na sífilis não é questão morta».

O *Prof. Pereira Filho*, concorda ser a reacção de Wassermann processo bioquimico e que, negativa, não quer dizer imunidade para a sífilis. Refere-se a existencia de duas especies de treponema (*virus dermatropico* e *virus neurotropico*), citando casos de inoculação experimental dos animais, em coelhos, com r. de Wassermann positiva e inoculação da outra especie alguns dias depois.

Pergunta como explica o *Prof. Nonohay* o facto de num coelho, inoculado de sífilis e morto 8 dias depois, encontrarem-se o treponema em todos os seus órgãos?

O *Prof. Nonohay* responde que, nesse caso, tratava-se de verdadeira septicemia e diz que se não deve exagerar o seu ponto de vista, porque, embora revele-se uma endocrinopatia a sífilis, póde, em alguns casos, ser uma septicemia, como acontece com as *cachumbas*, ás quais se não póde negar a qualidade de parotidite ou de orquite, conforme a localização. Quanto ao facto dos globulos brancos conterem treponemas incluídos, explica-se pela patologia geral: estes corpusculos, em vez de defesa, conduzem o micro-organismo para a infecção.

O *Prof. Pereira Filho* fala ainda sobre a observação citada no trabalho do *Prof. Nonohay*, opinando que podia bem tratar-se, no caso, de uma *sifilide ulcerosa* e não de *cancro duro*.

O *Prof. Nonohay* reafirma, entretanto, ser esta ultima entidade.

L. G.