

# 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 sôbre sífilis e glandulas de secreção interna, sendo designado para emitir parecer a respeito, na fórmula 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 sôbre 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, bôa 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.<sup>a</sup> 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 sôbre 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.<sup>a</sup> 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. *Plinio Gama, Olinto, Sarmento Leite e Martin Gomes.*

Os Drs. *PLINIO GAMA* e *OLINTO* falam sobre *peritonites tuberculosas*, curadas sem tratamento medico-cirurgico, citando casos por elles 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. Vindo-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, raciocínio 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.<sup>3</sup>

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.<sup>3</sup> 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 localizaçào 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 Finner 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.