

# GAZETA MEDICA DA BAHIA

---

**DIRECTOR EFFECTIVO**  
Prof. Dr. ARISTIDES NOVIS

---

## REDACÇÃO

GONÇALO MONIZ, GARCEZ FROES, PRADO VALLADARES,  
MARTAGÃO GESTEIRA, CESARIO DE ANDRADE, FERNAND O  
LUZ, FLAVIANO SILVA, OCTAVIO TORRES, ARMANDO  
TAVARES.

Professores da Faculdade de Medicina

---

## REDACTOR-SECRETARIO

Dr. JOSÉ JULIO DE CALASANS  
Docente livre de Clinica Psychiatrica na Faculdade de Medicina

---

## VOLUME 63

Ns. 4, 5 e 6-Out., Nov. e Dez. de 1932

---

**BAHIA**  
ESTABELECIMENTO DOS DOIS MUNDOS  
25, Rua Conselheiro Saraiva, 25

---

1933

## SUMMARIO

---

DIAGNOSTICO CLINICO PRECOZE DA TUBERCULOSE PULMONAR—pelo Professor Dr. Clementino Fraga.....	Pag. 617
CONGRESSO INTERNACIONAL DA LITHIASE BILIAR— Vichy 19-22 de Setembro de 1932 .....	» 667
SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES DA BAHIA.....	» 687
NOTICIARIO.....	» 705
REVISTA DAS REVISTAS.....	» 707
PUBLICAÇÕES RECEBIDAS.....	» 709

## ASSIGNATURAS

### Pagamento adiantado

PARA A CAPITAL	FÓRA DA CAPITAL
Por um anno . . 20\$000	Por um anno . . 25\$000
Por seis mezes . 12\$000	Por seis mezes . 15\$000

Numero avulso 2\$000

---

A redacção não se responsabiliza pelos artigos assignados.  
Unico agente para a França—*Société Fermière des Annuaires*  
53 Rue Lafayette—PARIS.

---

**REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO**  
**PRAÇA CASTRO ALVES (Edifício d'A Tarde)**

Sala 215 (2.º andar)

**BAHIA**

# GAZETA MEDICA DA BAHIA

FUNDADA EM 1886

Vol. LXIII Out., Nov. e Dez. de 1932 Ns. 4, 5 e 6

## DIAGNOSTICO CLINICO PRECOCE DA TUBERCULOSE PULMONAR (\*)

PELO

Professor Dr. Clementino Fraga

V

A tuberculose no homem pôde generalisar-se ou localisar-se nos diferentes órgãos, pesadas no momento as condições de electividade que favoneiam o germen em cada logradouro proprio á colonisação immediata e livre.

Generalisa-se quando o bacillo invade a corrente sanguinea, provocando granulações tuberculosas, profusamente disseminadas—individua-se então o typo clinico bem estabelecido por EMPIS, a *granulia*; outras vezes falta a formação miliar, que não teve tempo de produzir-se, constituindo-se a fórmula bacillar pre-granulica, verdadeira bacillemia, syndrome clinica a que LANDOUZY chamou typho-bacillose.

Ainda vehiculado pelo sangue, o germen de KOCK pôde predominar em alguns órgãos: no aparelho bronchico, dando a bronchite tuberculosa ou a fórmula suffo-

---

(\*) O artigo sobre «Diagnostico Clinico Precoce» faz parte de proxima publicação, sob o titulo «Fronteiras da Tuberculose».

cante, asphyxia aguda de GRAVES; na pleura e no parenchyma pulmonar, as fórmulas pleural e broncho-pulmonares e pulmonar aguda; no aparelho cardiovascular, lesando as valvulas e produzindo uma endocardite tuberculosa secundaria (fórmula classica) ou primitiva (CHAMBELLAND, VEDEAU, BRAILLON, SALOMON), ou ainda colonizando ao longo das paredes dos vasos. HANOT observou casos de granulações especificas da aorta. Invade o germen todas as sorosas, procurando muitas vezes as meninges, a pleura, o pericardio, a tunica vaginal e as articulações, onde determina, não raro, o tumor branco; de outras feitas o rheumatismo tuberculoso, sob a forma de mono ou polyarthrites agudas e chronicas, simulando o rheumatismo franco ou infectuoso de qualquer especie, que PONCET considera tão frequente quanto a fórmula ordinaria, rheumatismo que pôde ser igualmente abarticular, explodindo em manifestações dolorosas visceraes ou musculares. A esta fórmula prefere MAILLAND, com justa razão, a nosso parecer, nomear tuberculose inflammatoria.

Alguns autores contemporaneos negam a adenopathia tracheo-bronchica no adulto. A nosso ver SERGENT deu a verdadeira interpretação, lembrando que pouco importa a idade no caso, porém, essencialmente saber se se trata de «terreno virgem» ou «terreno allergico». Numerosos foram os casos de grandes adenopathias nos soldados das tropas colonias francezas, durante a grande guerra, e que chegaram á França, isentos de contaminação anterior. Nelles a tuberculose evoluiu, como na creança, isto é, processou-se a primoinfecção. Dahi a localisação ganglionar, que caracteriza a primoinfecção e se manifesta em terreno virgem de tuberculose. Na creança, como no adulto. Nas grandes aglomerações urbanas é raro que o individuo escape,

durante a infancia, á infecção tuberculosa, e ali está a razão da raridade da adenopathia tracheo-bronchica no adulto.

No tubo digestivo determina o bacillo lesões na lingua, na pharynge e sobretudo no intestino, onde produz lesões diversas, taes como as ulcerações circulares, o tuberculoma hypertrophico do cœcum, as infiltrações tuberculosas do colon e abcessos do anus.

Orgãos os mais expostos á infecção são os que compõem o appparelho respiratorio. O nariz, o larynge, a trachéa, os bronchios e electivamente o parenchyma pulmonar se deixam invadir rapida ou lentamente pela tuberculose sob suas diferentes modalidades clinicas.

Por deante a infecção pôde attingir o figado, o systema nervoso, os appparelhos renal, genital, locomotor, ora localisando-se nos musculos, ora nos ossos, constituindo na columna vertebral o mal de POTR.

Nos ganglios o germen parece estabelecer-se provisoriamente, para esperar a opportunidade de invadir outros orgãos; formam-se adenites multiplas cervicaes, inguinaes, e mais adeantadamente apparecem as manifestações adenopathicas tracheo-bronchicas e micro-polyadenopathias, outras, sobretudo ameaçadoras. Na pelle as lesões revestem a fórmula de lupus, erythema, tuberculides etc. Em todos os orgãos e appparelhos o bacillo pôde penetrar, formando abcessos caseosos, que destróem os tecidos, abrem-se exteriormente, creando canalisações fistulosas de cura difficil.

Vê-se, portanto, que nenhum orgão é poupado pela infecção tuberculosa; localisado, o bacillo pôde mobilisar-se, lançando-se no systema circulatorio e provocando uma explosão bacillar, tumultuaría e grave, rapidamente fatal.

## VI

Mas não somente o bacillo, que é, segundo os estudos actuaes, a forma final da evolução cyclogenica do *virus* da tuberculose. Em 1910, A. FONTES, professor do «Instituto Oswaldo Cruz», descobriu que os productos tuberculosos depois de filtrados conservavam-se virulentos.

Atribuiu então ás granulações do bacillo, que atravessam as vélas, o papel maior na virulencia e regeneração bacillar.

Os trabalhos de FONTES ficaram despercebidos até 1923, quando VAUDREMER communicou seus trabalhos á Sociedade de Biologia, de Paris, confirmando o descobrimento de FONTES. Os estudos foram então retomados por CALMETTE e seus collaboradores do «Instituto Pasteur», de Paris, e hoje são innumeros os pesquisadores da Europa e da America que se occupam dos elementos filtraveis do *virus* tuberculoso, a que CALMETTE denominou *ultravirus*. Observou ultimamente MORTON KAHN que o *ultravirus* apparece primeiro sob a forma de poeira finissima, passando depois ao estado de granulações cocciformes, das quaes algumas se alongam, tomam a forma de bacillos, que por fim adquirem a acido-resistencia, *individuando* a forma final do bacillo de KOCH.

O *ultravirus* localisa-se de preferencia nos ganglios lymphaticos, produzindo *hyperplasia* ganglionar, atypica, que só depois de muitas passagens de animal a animal, dão o folliculo tuberculoso typico.

CALMETTE e VALTIS distinguem: um grupo de molestias agudas, determinadas pelo *ultravirus*; outro grupo de doenças chronicas, que representa a phase

terminal da infecção de *ultravirus*, ou a infecção directa pelo bacillo, com nodulos tuberculosos typicos.

Entre as manifestações de *ultravirus*, estão os derrames pleuraes, pericardicos e outros sorosos; erythemias diversos; estados septicemicos, como a typhobacillose, a granulia, a que denominou *granulemia probacillar*, ás vezes verdadeira phase septicemica preparatoria da tuberculose localisada. O contagio pelo *ultravirus* se dá pelos productos de expectoração, exsudatos, sangue, leite, urina etc. Ha pois, clinicamente, estados granulemicos (granulia, typhobacillose) e bacillose. Conclúe CALMETTE: «Já agora se deve admittir que o bacillo descoberto por KOCH, em 1882, representa apenas um dos estadios de evolução e forma de resistencia do *virus tuberculoso*». O *ultravirus* torna os animaes allergicos, isto é, sensibilisa-os á tuberculina.

Alguns autores negam, entretanto, a existencia do *ultravirus*, entre os quaes, LANCE, SCHMIDT, PETRAGNANI, COOPER e PETROFF. Defendendo a realidade da descoberta de FONTES e os trabalhos de CALMETTE, SANARELLI encarece as difficuldades da technica para lidar em taes pesquisas, não reconhecendo valor nas provas negativas (Annali d'Igiene, Janeiro 1932).

São pois revolucionarios os novos conhecimentos sobre tuberculose.

### TUBERCULOSE HEREDITARIA ?

Estabelecida, bem que de relance, a acção do factor especifico da tuberculose no organismo humano e suas mais importantes determinantes morbidas, vem a proposito lembrar quaes as vias de introduccão que o bacillo aproveita para localisar-se nos meios preferidos.

Surge, é verdade, antes disto, interessante questão, consubstancialmente ligada á exploração do assumpto precedente—a da hereditariedade da tuberculose.

Questão muito controvertida ainda é a da herança por infecção concepional, produzida pelo fluido seminal bacillifero. KUSS a nega terminantemente; entretanto, LANDOUZY e MICHAËLIS se mostram convencidos, e FRIEDMANN, em provas experimentaes, conseguiu inficcionar embryões e fétos. A contaminação placentaria nos casos de tuberculose materna é posta fóra de duvida por LANDOUZY, MARTIN, SABRAZÈS, BAR E ROGER, SCHMORI, SABOURAND e outros.

Para STRAUSS «é uma noção solidamente estabelecida em medicina a da herança da tuberculose». LANDOUZY e MARTIN crem-n'a «um facto indiscutivel». BOUCHARD de muito assim se pronuncia: «é a tuberculose em perspectiva, em probabilidade e não em natureza, que os paes transmittem a seus filhos... a criança nascida de paes tísicos não vem ao mundo tuberculosa, mas tuberculisavel». Em sua theoria energetica da herança HAMBURGER diz que a predisposição á tuberculose, consistindo, a seu ver, em particularidades ainda não bem conhecidas na estrutura da albumina, é transmittida pelas cellulas sexuaes a todas as cellulas do producto da concepção. Mais reservado se mostra ALBRECHT, aconselhando a que se sirva com prudencia do termo *energetico*, o qual não dá senão pseudo-explicações.

Em nossos dias, á luz fulgurante da analyse scientifica, a noção da tuberculose hereditaria vae perdendo os direitos conquistados desde HIPPOCRATES, referendados de LAENNEC a LANDOUZY, até os factos experimentaes de heredo-contagio. Por seu turno a herança do terreno, incontestavelmente mais amparada, começa a



soffrer os revezes da contradicta, documentada com a verdade de lhe não ter testemunhado as provas directas; o terreno tuberculisavel, a heredo-predisposição (PETER, BOUCHARD), o *habitus* especial (LANDOUZY) são concepções de sentido theorico, que, longo praso enfeitaram a pathologia da tuberculose, mas que á luz dos novos estudos sobre o *virus* tuberculoso, receberam nova affirmação de fé scientifica. Em pouco veremos quanto attingiu seu alcance actual.

### DOCTRINA CONTRA DOCTRINA

Vejamos no momento como disputam suffragios as theorias adversas.

Dizem os proceres da heredo-tuberculose que as crianças herdam cellulas incapazes de reagirem á infecção phynica—nascem impregnadas de substancias insolúveis, provindas dos bacillos que inficcionam o organismo materno, substancias que favorecem a evolução ulterior de uma nova invasão bacillar. Não se tem demonstrado, acodem outros, a existencia destas substancias no organismo dos filhos de tísicos, e custa a crêr que toxinas passem á criança, sem provocarem nenhum phenômeno geral que as denuncie, como se dá experimentalmente com a inoculação da tuberculina. Como admittir ainda que as toxinas esperassem mezes, annos até se eternisassem no organismo, sem se revelarem, como tem acontecido com os filhos de tuberculosos que nunca se contaminaram? Depois a prova evidente de que o *habitus* especial é adquirido, e não hereditario, é que não se caracteriza logo ao nascer, nem no primeiro anno de vida, ao contrario do que se dá com a syphilis, mal de possibilidade hereditaria, incontestavelmente provada.

Demais disso, accresce que si é uma verdade a tuberculose em perspectiva, transmittida de pae a filho, não ha explicação para a resistencia de congeniaes que nunca se tuberculisam, a despeito de todas as oppor-tunidades, porque o bacillo se encontra em toda a parte. A eclosão do mal poderia ser retardada, mas nunca evitada, e, no emtanto, quem se der ao cuidado de observar, poderá apontar casos de individuos reti-rados do seio de familia tuberculosa, logo após o nas-cimento, e que jamais contraem a molestia.

A grande possibilidade de contagio, quasi inevita-vel na vida social, e os factos de familias inteiras devoradas pela tuberculose, factos aliás perfeitamente explicaveis pela contaminação directa, fizeram medrar e dominar na etiologia geral da bacillose a noção uni-versalmente espalhada de sua transmissão hereditaria.

O estudo da tuberculose nos primeiros annos da vida constitue formal negação á herança do mal. SCHWER, LENNLONGUE, HUTINEL, COMBY, MOSNY, apresentam avultado numero de observações, que pro-vam, através da evidencia, a occurrencia excepcional de casos de tuberculose nos primeiros meses e a ra-ridade della nos dois primeiros annos. E' preciso con-tar, alem disto, com a circumstancia aggravante de viverem as crianças em focos de infecção no seio de familias em que ha casos da molestia. No emtanto, a partir de dois annos a frequencia é manifesta, dando a percentagem estabelecida por NÖGELI: de 1 a 5 annos, na proporção de 17%; de 5 a 14, de 33%; de 14 a 18, de 50%; de 18 a 30, de 96%; de 30 em de-ante, de 100%.

Decorre dahi, que si a tuberculose fosse hereditaria, daria para logo no começo da existencia, como a sy-philis, o maximo de mortalidade ou de lesões especi-

ficas nos casos menos graves. Na criança nascida de paes syphiliticos o legado é evidente, e por ella se pôde fazer precisamente o diagnostico retrospectivo da ascendencia morbida. Conclue MOSNY: «a tísica dos paes nenhuma influencia especifica exerce sobre o organismo dos descendentes; não os immuniza contra a infecção tuberculosa, como a ella não os predispõe».

Negam egualmente COMBY e RENON a transmissão especifica, acreditando este, porém, na herança de *mão quilate*, esta mesma negada por PIETTRE. Por final chegam a crêr com MOSNY que o filho do tuberculoso é um dystrophico de origem, mas não de essencia bacillar, como o é egualmente o do syphilitico, o do ethylico, do rachítico e do nervoso. Tratar-se-ia no caso de uma heredo-dystrophia para-tuberculosa, estyguia indifferente, caracterisando physicamente os individuos, collocando-os em más condições de defesa em relação a todas as infecções tuberculosas ou grip-paes, diphtericas ou eruptivas, em uma palavra, organismos abertos a todas as molestias e intoxicações dependentes de uma insufficiencia trophica natural.

Esta heredo-dystrophia para-tuberculosa entraria como factor preponderante na nati-mortalidade, concorrendo para a athrepsia e morte nos primeiros mezes, dando feição caracteristica ao juvenilismo de DELPENCHE.

Ha casos em que ella impregna o fêto, viciando seu desenvolvimentó e tornando-o um productó teratologico. Cita TORKIOMANO o caso de um anencephalo filho de tuberculoso. Registam-se exemplos de pés tortos, de beijo de lebre, bem como a evolução ulterior, então propiciada, da chlorose, da epilepsia, da hysteria, da choréa, da neurasthenia. Não é absolutamente o mesmo que se dá com o alcoolismo?

Outras vezes a manifestação heredo-dystrophica apparece no aparelho cardio-vascular; defrontaremos no caso o estreitamento mitral puro (POTAIN, TRIPIER, MOSNY, HANOT, TEISSIER), a coarctação congenita da arteria pulmonar, ou a aplasia arterial generalisada (MOUILLÉ, MOSNY). Dir-se-á que a heredo-dystrophia para tuberculosa tem acção quasi electiva por taes lesões, muito ao inverso, portanto, do que se suppunha, acreditando-se que o organismo bacillizado legava á sua progenitura bacillose em verdadeira especie ou com perspectiva; ella crêa sim, repetem aquelles, cujo pensamento de longe vimos explanando, manifesta inferioridade physica a egual passo da syphilis e do ethylismo; influe, e poderosamente, sobre a communhão humana annullando a resistencia de um grande numero para todas as infecções e intoxicações, pois que um grande e extraordinario numero de individuos tem o peccado original da perigosissima molestia popular.

Ainda em favor da negativa formal á herança da tuberculose militam opiniões, e tão distanciadas se mostram do sentir que affirma, que a *contrario sensu* se pronunciam.

### IMMUNIDADE HEREDITARIA

Toma vulto dia a dia a doutrina que assegura relativa immuidade á descendencia bacillar, apoiada é certo, por factos de observação corrente, que revelam as formas torpidas, chronicas, da tuberculose, em individuos tarados, ao passo que as formas erethicas, rapidas, como a meningite, a granulia e a typho-bacillose, occurrentes de preferencia naquelles isentos de antecedentes hereditarios. Entrevista por MORTON e primeiro exposta e fundamentada por HAMEAU, esta doutrina

affirma a esterilisação relativa do terreno pela herança, o que o torna desfavoravel á cultura do germen. Por seu turno, crê RICOCHON na influencia exercida sobre o producto da concepção pela tuberculina segregada e emittida pelo germen do organismo materno durante a vida intra-uterina. Concerta esta opinião com as interessantes demonstrações de FERÉ, na verdade concludentes, apreciadas do ponto de vista controvertido.

Por deante a indagação, no que respeita ao proseytismo da versão scientifica que nos occupa, é MAGNAN quem affirma a refractariedade dos descendentes de típicos á tuberculose, chegando a acreditar na transmissão hereditaria desta impreguação congenita. É ainda MAXINRING, que, no Congresso Britannico da Tuberculose, sustentava esta idéa, apresentando 103 casos de bacillose, nos quaes se encontram 76 de genealogia intacta em relação á molestia. Cae a talho, por final, reproduzir o pensamento de HERICOURT, defensor da immuniidade natural, congenialmente creada pela tuberculose dos ascendentes, e que se traduz nos descendentes pela resistencia relativa á infecção, ou, quando não pela marcha lenta das lesões, pela tendencia a localisar-se, como na escrophulose e na tuberculose cirurgica. E conclue: «é ainda o que confirma nossa hypothese da natureza hereditaria desta immuniidade; porque nas immuniidades experimentaes, obtidas por toxinas de germens attenuados, o estado de vaccinação se traduz sempre pela substituição de uma lesão local produzida pelo *virus* no animal vaccinado, em lugar da infecção geral que se sobreveem nos não vaccinados».

Ali está, pois, a attenuação do microbio de KOCH promovida pela herança similar, em discordancia absoluta com a affirmação classica, que conserva a noção

da tuberculose hereditaria. E arrazoadas, quanto possível numa simples noticia, as theorias, que, no particular, pretendem a posse da verdade scientifica, acareadas as opiniões, chegamos á verificação de peccaminoso exclusivismo, fructo sazonado da idéa dominante no espirito parcial, e que apparece em todo o seu relevo á luz de analyse paciente e cuidadosa.

No litigio, ou se fica com PETER, LANDOUZY, BOUCHARD, seus proelytos e arautos de suas idéas, admitindo a herança do terreno em todos os casos, ou com MOSNY, MAGNAN, FERÉ, HAMEAU, HERICOURT e se repellirá a herança similar, no pensar do primeiro, acreditando-se na immuniidade hereditaria, conforme os outros.

Comquanto o conhecimento das toxinas microbianas não tenha attingido a amplitude, a que certamente chegará, com os progressos crescentes da sciencia nova do complexo hippocratico, todavia, ha noções já consagradas á interpretação dos phenomenos dependentes de sua ingerencia e principal intervenção. Sabe-se por provas cabaes que as toxinas atravessam a placenta, communicando-se ao organismo em gestação e podendo produzir a morte ou immunisação *segundo a dose*. Por outra parte, CHARRIN, tendo injectado a toxina diptERICA no feto *in utero*, verificou que ella passava ao organismo materno. Não ha duvida, pois, que as toxinas do germen de KOCH atravessam a placenta; no entretanto, só muito excepcionalmente se tem visto a morte do feto (caso de BAR e RENON), isto mesmo coincidindo com a morte da progenitora pouco depois do parto. Neste caso, e em diversos outros, o sangue, recolhido na extremidade placentaria da veia umbelical e inoculado em cobayas, deu resultado positivo em dous casos. A autopsia do

cadaver fetal, praticada immediatamente, não logrou encontrar tuberculos nos órgãos, sendo igualmente negativo o exame da polpa esplenica, hepatica, renal e pulmonar quanto á investigação dos bacillos.

Mas, si as toxinas phynicas não acarretam a morte do producto da concepção, ellas agirão por outra fórmula, quer tornando-o tuberculisavel, como admittem alguns, quer immunisando-o, como acreditam outros.

Assim, no caso vertente, si é uma questão de toxinas a predisposição e a immunidade naturaes, acreditamos que uma e outra podem occorrer, tendo em vista simplesmente a *quantidade de secreções* bacillares emittidas pelos germens do organismo materno e vasadas no producto da concepção. Em pequena dose, as toxinas, não conseguindo empolgar o organismo fetal, affeição-o á especie morbida que engendram, operam verdadeiro phenomeno de adaptação, isto é, impregnam suas cellulas de qualidades especiaes de resistencia, de modo a estimula-las na reacção contra o germen respectivo; em grande dose, ellas assoberbaram o organismo em gestação, accionando de modo inverso, isto é, enfraquecendo a resistencia normal de suas cellulas por uma impregnação abundante e rapida, e fazendo do meio organico campo aberto á invasão ulterior dos germens da especie.

Não é absolutamente o mesmo que se dá com a vaccina, em que doses minimas de germens ou de toxinas orientam de modo particular a defesa organica, o que, em summa, domina todo o principio da immunidade? No segundo caso não é, em seus traços geraes, a infecção uma questão do poder numerico do elemento invasor?

Uma vez triumphante o germen, sua virulencia irá condicionar a fórmula grave ou benigna, fulminante ou

frusta da molestia; e a virulencia é funcção da toxina, melhor diria do germen em meio propicio, que lhe avulte a capacidade de producção de suas secreções. Tanto vale dizer que, quanto mais intensivo será o seu poder de emittir toxinas.

A transmissão hereditaria da tuberculose se fará toda vez que a infecção materna despejar toxinas em doses massicas na corrente circulatoria, toxinas que franqueiarão a fronteira placentaria, que protege o organismo em gestação; a immuidade natural occorrerá quando a bacillose materna, menos virulenta, poupar ao organismo as grandes descargas, consentindo, porem, na emissão lenta e parcimoniosa, que agirá sobre o producto da concepção como se o vaccinasse. E a descendencia bacillar offerece exemplos typicos, como os offerece de tenaz resistencia ao mal. E' o que se compadece com os factos de observação corrente, para cuja logica não percebemos outras razões de chancella scientifica.

### ULTRAVIRUS E HERANÇA

Considerando a questão de herança do ponto de vista puramente biologico, SACARROFOS, professor de Clinica Medica em Athenas, nega sua possibilidade na tuberculose. Podia-se dizer questão morta em pathologia, quando depois de 1923, com a sancção da descoberta de FONTES, tornou á discussão o problema da tuberculose hereditaria, apoiado nos resultados das novas pesquisas sobre o *virus* filtravel. Já em 1910, FONTES admittia a possibilidade da granulação transmitir-se ao fêto com integridade da placenta. Em seu novo aspectó, o problema passou a ser considerado, tendo por indubitavel a passagem do *virus* através da pla-



centa intacta. É então seria o caso provado da heredo-infecção, não pelo elemento adulto, o bacillo acido-alcool-resistente, mas pelo *virus* filtravel, capaz de realizar no organismo do novo ser alterações especificas, como sejam a hyperplasia lymphatica, fragilidade circulatoria e estado dystrophico, características da infecção attenuada. Diz FONTES: «em taes casos as hypotheses de infecção e intoxicação, não só não se repellem, como se completam». Dahi o «estado allérgico instavel, que conduz á hypersensibilidade ou á maior resistencia á acção morbigenica do *virus*». Assim sendo, a predisposição á tuberculose se constituiria pelas modificações humoraes produzidas pelo poder toxico do *virus*, em estado ultramicroscopico, invisivel, prebacillar, como acreditam os autores modernos. Conjugada a alteração humoral ao estado somatico, pela modificação do terreno, teremos então a tuberculose attenuada, expressa em suas manifestações clinicas. Por outro lado, parece provado que o *ultravirus* em alguns casos confere maior resistencia ao organismo, como se deduz dos trabalhos recentes de ARLOING e de CALMETTE e seus collaboradores, que verificaram augmento de resistencia ao bacillo na cobaya, depois da inoculação de elementos filtraveis do *virus*. Conclue FONTES «é de prever que a vacinação dos filhos de tuberculosos se possa estabelecer, por condições ainda não determinadas, de doses vaccinantes repetidas, nas formas ephemericas ou curaveis da infecção transplacentaria, pelos elementos filtraveis do *virus*».

E assim, substituindo o termo *toxinas*, pelo de *virus*, temos exactamente reproduzida, com amparo experimental, a noção que defendi em 1905, isto é, que a tuberculose hereditaria podia *predispor*, como podia

*immunisar*, tudo dependendo da quantidade de *toxinas* vasadas na circulação fetal, através da placenta.

Argumenta-se hoje, á luz das conquistas recentes, com a responsabilidade do *virus* filtravel—o *ultravirus* de Calmette. Mas como agirá no seio do organismo fetal o elemento virulento invasor? Directamente provoca a tuberculose atypica, que resulta da *granulemia prebacillar*. Pelas *toxinas*? Estas não estão demonstradas nessa phase, ao menos de modo indiscutivel, como em relação ao bacillo. E' talvez mais provavel que as alterações cellulares, produzidas no organismo ainda *in utero*, toxicas por sua vez, sejam capazes de influenciar no sentido morbigenico. Não é assim que se dá com o complexo bacillo-cellular nos casos de tuberculose typica?

A experimentação conduzida por Fontes, ainda recentemente, provou a infecção pelo *ultravirus*, transmissivel de mãe a feto, na affirmação evidente da herança morbida. Ao elemento morbigenico, sob cuja responsabilidade se processa o phenomeno, o nosso sabio patricio denomina *parthenergogeno*, porque não cultivavel *in vitro*, nem revelavel morpnicamente *in vivo*, ainda que transmissivel por inoculação directa e passagem através da placenta.

Fica assim com fundamento em estudos experimentaes a hypothese da influencia hereditaria da tuberculose na reproducção, como na immunisação especifica.

Alguns autores allemães negam valor ás inducções pathogenicas tiradas do *ultravirus*, admittindo que os bacillos de KOCH podem passar através das velas, escapando á filtração. Todavia o estudo experimental do *virus* filtravel resalta de trabalhos repetidos por

numerosos pesquisadores, desta e da outra banda do Atlantico.

De referencia á questão da herança não devemos exaggerar seu papel, nas consequencias clinicas e sociais do problema da tuberculose. Cotejados os casos de tuberculose hereditaria com a massa enorme com que entra o contagio directo na disseminação da molestia, não parece de vulto a influencia, até porque a heredo-infecção sahirá contrabalançada pelos casos de immunisação especifica, tambem transmittida por via placentaria.

### HERANÇA E CONTAGIO

Não eremos no seu papel senão como adjuvante do grande factor—o contagio, cuja responsabilidade, na perpretação intensiva do mal, convem definir precisamente. Definir e contrapôr-lhe os meios de lucta á altura de sua pavorosa influencia. Si o individuo se tuberculisa é porque vive em communhão com individuos tuberculosos e porque approxima-se de animaes egualmente infectados—infecta-se, tuberculisa-se pelo contagio. Cabe, de facto, ao contagio o papel quasi integral na propagação da molestia.

O bacillisado em determinado periodo é o fóco primitivo, ambulante, que espalha bacillos profusamente. Os escarros e a saliva na fórma pulmonar, as dejeccões na intestinal, ou quando o doente deglute as secreções do pulmão doente, o pús de uma ferida ou abscessos phymico, a urina na lesão renal especifica, contem bacillos que são expellidos nas emissões frequentes desses productos organicos.

A vida promiscual do homem e sua actividade no meio social em tão dispersiva modalidade, propicia o

contagio, expondo-o a cada passo á infecção. Nos primeiros annos, enquanto se enfibra o delicado organismo do ser em evolução, a vida em familia, si esta conta um tuberculoso no numero de seus membros, basta para fatalisar a aquisição do mal; o contacto é intimo, permanente e dahi a maior possibilidade de contagio.

Voltam-se as vistas para a familia, que alguns consideram importante factor de propagação—um verdadeiro perigo, o *perigo familiar* de COMBY.

De feito, não se explicaria de outro modo a frequencia assustadora da tuberculose nas crianças, ao menos durante a primeira infancia; no meio familiar, os paes, os avós, os collateraes, as amas de leite, os creados e visitantes transmitem a molestia contagiosa, e comprehende-se facilmente que, além da transmissão directa pelos beijos e caricias, de toda a sorte, e pela simples approximação quotidiana, a emissão de gotticulas bacilliferas nos actos expiratorios intensos, é preciso contar com a infecção do local, moveis, utensilios e ornatos, tornados focos secundarios de contagios, sobretudo nos ambientes sombrios e mal ventilados.

Não raro é uma pessoa da familia, ou antigo domestico, que portador de velha tuberculose fibrosa, cavitaria e estagnante, illude nas apparencias da bronchite chronica, tornando-se foco dissimulado de emissão permanente do contagio.

Imagine-se o quadro desolador das familias pobres, accumuladas em habitações, mal assejadas, sem luz, sem a precisa cubagem, a produzirem e crearem seus filhos com o desfavor de tamanho desconforto, e se não negará o grande papel desses centros de inevitavel contagio.

Hoje, nas grandes cidades, pôde-se dizer que não ha uma só familia proletaria que não conte em seu seio

pelo menos um tuberculoso. E' nesse ambiente desprotegido,—lar do pobre, em geral, que a tuberculose vaé ceifando vidas em flôr, quando as não orphana, em dolorosa precessão, dos melhores carinhos e cuidados.

Ultimamente MOSNY recolheu 218 observações de meninos tuberculosos, inficcionadas no meio familiar. De seu lado, GRANCHER verificou numerosos alumnos de diversas escklas attingidos de tuberculose incipiente. Num sem conto de casos descobre-se o rasto do contagio conjugal, até pouco tempo despercebido quasi. MOSNY dá a cifra de 32,6%, que parece evidentemente exaggerada até porque contagio no adulto, o que é bem diverso do contagio na criança. Na tuberculose dita conjugal, a circumstancia de serem as *viúvas* as mais contaminadas, denuncia apenas a collaboração do factor social, na restricção dos recursos de vida, mais commum em taes casos.

Na collectividade, quer se trate dos centros escolares em geral, quer do meio militar, dos hospitaes, onde a tuberculose é o epilogo de alguns casos chronicos de outras molestias e o espectro dos enfermeiros; dos asylos, das prisões, das repartições publicas, dos hotéis, pensões, igrejas, ou das industrias, em cujos centros de trabalho diario a tuberculose devora ás vezes todos os operarios, o contagio é inevitavel. Ainda mais: nas estradas de ferro, nos meios habituaes de transporte, o contagio é possível, pela affluencia quotidiana de tuberculosos, que, em concurrencia com os sãos, se servem destes vehiculos.

Não resta duvida, pois, que seja o contagio o principal meio de propagação da tuberculose.

## TUBERCULOSE DE LIMIAR

As manifestações pre-bacillares no organismo não são tão imperceptíveis quanto parecem á primeira vista; vasta precessão de symptomas, de feição trivial, avisa discretamente de que a tuberculose vem proxima, ameaçando de leve para ferir forte, impiedosa e implacavel.

Releva notar que nestes casos não se trata de uma simples predisposição, como consideram alguns, ligando a esse estado manifestações objectivas determinadas; e porque exprimem apenas *predisposição* pouco impressionam a estes, em detrimento da saude do individuo que se apresenta, já nesse tempo, contaminado. Nem de outro modo podemos comprehender taes manifestações: o individuo foi já bacillizado em uma primeira invasão e os symptomas que nelle se deparam denunciam infecção leve, aliás traduzida em precario estado geral. Assim considerando, queremos para a chamada pre-tuberculose a significação clinica de tuberculose attenuada, tuberculose frusta ou larvada de MOSNY, melhor designada tuberculose de limiar — tuberculose nas fronteiras da localisação pulmonar.

Diverso estado caracteriza a tuberculose latente, compativel com a saude geral, porque o germen, ainda que vivo, permanece vencido e prisioneiro do tecido de esclerose.

E' a tuberculose que se traduz por perturbações vagas, indeterminadas, sem physionomia propria, mas em todo o caso perceptíveis a visão clinica, de todo em todo apuraveis pela perspicacia diagnostica; é a tuberculose de quasi todos nas grandes cidades, de quando em quando reaccendida pelos cochilos do organismo na lucta pela saude, que as molestias infe-

ctuosas intercurrentes (a gripe entre todas) soem aggravar; o meio profissional desperta, não raro, a tuberculose, cuja progressão é fatal quando abandonada á sua evolução natural.

Dest'arte, o termo de pre-tuberculose e seus correlatos—predisposição pre-bacillar, não devem ser conservados, falseados na linguagem clinica com a significação precisa de infecção leve ou attenuada. O estado de oportunidade bacillar, congenial ou adquirido, que o termo de pre-disposição devêra exprimir ao justo, continuará no capitulo que trata da etiologia geral da bacillose, pois que na pratica o medico não terá occasião de surprehendel-o na simplicidade que realmente traduz. Corresponderá a infecção attenuada, talvez com alguma propriedade actual, á *tuberculose occulta*, que BAYLE entrevira e modernamente GRANCHER procurou approximar do periodo de germinação pulmonar.

Pois que se trata da doença já installada no organismo não ha, de facto, pre-tuberculose ou predisposição, que, si quizerem, poderá exprimir apenas o terreno tuberculoso, ou o *terreno com tuberculose potencial*, como prefere dizer FONTES.

Não ha negar, que de suprema importancia se reveste a consagração pratica das tuberculoses attenuadas e iniciaes; presentidas, lhes devem ser applicadas medidas radicaes, ainda muito a tempo de impedir a marcha progressiva e invasora, commum nas tendencias da lesão do adulto.

Tanto fôra surprehender a colonisação microbiana nas primeiras gerações, oppondo-se ás renovações successivas e ás migrações bacillares dos focos ainda limitados.

## A QUESTÃO DO TERRENO

No organismo depauperado, quer se trate do terreno tuberculisavel de BOUCHARD, quer do terreno desmineralisado de ROBIN, quer ainda da heredo-dystrophia para-tuberculosa de MOSNY, da herança de *mão qui-late* de RENON, ou do terreno com tuberculose potencial de FONTES, o que é facto é que a tuberculose encontra campo aberto á sua conquista, installação commoda e propiciatoria de suas mimazes investidas.

Alterações sensiveis para o lado da nutrição caracterisam de algum modo o terreno pre-tuberculoso.

Modernamente os trabalhos de ALBERT ROBIN e MAURICE BINET trouxeram notavel contribuição a este estudo com as pesquisas sobre o chimismo respiratorio, isto é, a actividade e a natureza das trocas gazosas ao nível dos alveolos pulmonares. Notaram estes observadores que nos individuos em perspectiva de bacillose ou tuberculisados em começo, as trocas respiratorias são exaggeradas: o acido carbonico expirado sóbe á cifra de 64 %, ao passo que o oxygenio absorvido eleva-se a 60 %, dados estes obtidos em apparatus, de cuja precisão deram fé GAUTHIER e GRENAUT.

Pensa ROBIN que o exaggero nas trocas gazosas deve ser considerado como reacção de defesa, a vista dos casos em que foi encontrado, não se tendo tuberculisado o individuo; para elle a ergasthenia<sup>(1)</sup>, o alcoolismo e outras condições que favoreciam a bacillose, agem provocando a actividade dos phenomenos chimicos respiratorios.

---

(1) Neologismo do Prof. PRADO VALLADARES, para substituir «surmenage».



Por outra parte, a formula chimica do terreno favoravel modifica-se de dia para dia; ha, a bem dizer, uma verdadeira febre nutritiva, a julgar pela queima constante das gorduras e demais tecidos, subsistindo um *deficit* mais ou menos avultado pela flagrante desproporção entre a despeza e a receita. E' notavel já nesse tempo a redução do coefferiente da mineralisação organica; a miseria mineral futura começa a manifestar-se em discreta desmineralisação de todos os tecidos. BOUCHARD notára nessa phase a sensivel perda de phosphatos, syndrome a que EDHEIM chama «phosphaturia pre-tuberculosa».

Analysando as urinas de crianças simplesmente suspeitas BARBIER encontrou consideravel augmento na eliminação azoturica e phosphatica.

Cabe a proposito referir que SCHWEINITZ e DORSET, pesquisando a composição chimica do bacillo, acharam 55, 23% de acido phosphorico. Vê-se dahi que, para nutrir-se, precisa o germen retirar do organismo o phosphoro necessario á sua organização biochimica. Ora, motivação mais logica não pôde ter a expoliação phosphatica que soffre o organismo.

HENOCQUE, verificou que a oxyhemoglobina do sangue se reduz muito da quantidade normal, o que prova utilisção intensiva de oxigenio. Accusa BERNHEIM a hypo-acidez urinaria, bem verificada nos tuberculosos e presentida nos predispostos, donde a formula «o coefferiente da nossa resistencia á infecção tem por medida a actividade humoral—os hyper-acidos são refractarios á tuberculose».

Ultimamente tornou á ordem do dia a questão do terreno em pathologia da tuberculose. Orientada no sentido da biochimica, a medicina actual procura conhecer das condições do terreno que alberga o germen

pathogenico. Os factores organicos de predisposição ou de resistencia á tuberculose reclamam novo interesse na consideração de sua influencia. A desmineralisação, sobretudo pela ausencia do calcio e o exaggero das combustões organicas foram os dois pontos ventilados pela pathologia classica.

Os ultimos trabalhos de Delore examinam o assumpto, á luz de novas observações, affirmando com convicção: «não nos parece de modo algum estabelecido que o augmento das trocas respiratorias, do metabolismo basal e do funcionamento thyroidiano constitua factor de predisposição á tuberculose, affeicando o terreno de evolução tuberculosa, e, ainda menos, que o terreno tuberculisavel seja caracterisado por uma hyperoxydação». E á vista destas conclusões, será a hypooxydação a dominante no processo chimico favoravel á tuberculisação?

Digam primeiro os dados physiopathologicos, invocados pelo autor. O metabolismo dos albuminoides indica o retardamento da nutrição por insufficiencia de oxydações, expresso nos productos incompletamente desdobrados, que a urina revela na amino-aciduria, cystinuria, creatinuria, segundo MONCEAUX.

Mais importantes são as inducções tiradas do metabolismo dos lipidios, nos proprios pathogenicos da molestia. Indirectamente o estado funcional do figado padece da sobrecarga de gordura por transformação incompleta dos acidos gordurosos. A insufficiencia hepatica contribue ainda para o retardamento das oxydações.

A actividade calalytica do sangue é reduzida na tuberculose; a função hemo-respiratoria prova que ha diminuição das oxydações cellulares. A carotinemia frequente teria a mesma origem.

Os factores locais imputam á evolução da bacillose relativa redução na capacidade de oxydação dos tecidos, no pulmão, na pelle, por parte dos leucocytos; alem disto, na mesma ordem de ideas, a acidez do meio, a vascularisação e o indice de enxofre. O pulmão é pobre em oxydases; ha diminuição da lipo-dierese, de Roger e Binet, e insufficiencia local de oxydação das gorduras.

Para CZARKES o bacillo só se desenvolve em meio albuminoso. A acidez dos tecidos é desfavoravel ás oxydações, tornando-se factor de predisposição. Assim tambem a hematose local; sabe-se que a anemia é favoravel á evolução das lesões, como a congestão é hostile. A necrose caseosa é ligada á anoxemia local, e Wells qualifica a caseificação de «infarctus anemico».

Os dados therapeuticos pleiteiam em favor do estimulo metabolico, como arma de combate ao desenvolvimento das lesões bacillares. A cura sanatorial, alentada nas vantagens do clima de altitude e na alimentação; a chimiotherapia, por seus diversos agentes, uma e outra se dirigem no sentido da oxydação ou do estimulo aos processos locais de reacção anti-bacillar. Assim entendida a questão do terreno, ao contrario do exaggero de combustões da doutrina classica, seria para admittir a redução das oxydações, como característica biochimica do terreno tuberculoso. E então, como quer Delore, prevalecem na tuberculose os processos de hypooxydação, de anoxemia local, interessando particularmente o metabolismo dos lipídios.

Sem duvida o estudo biochimico do terreno cresce de interesse em pathologia. De referencia á tuberculose do adulto não ha como recusar valor á participação do organismo nos recursos para contrapor á virulencia microbiana; si a primoinfecção, na infancia,

explica a primeira accomettida, talvez sem consultar á qualidade do terreno, porque attinge a quasi todos, o mesmo não se dá de referencia á bacillose do adulto, em que o organismo já teve tempo de cuidar dos seus processos de defesa, dos mecanismos protectores da saude, tornando-se capaz de actuar na lucta contra o invasor.

Demais disso somente o contagio, em verdade predominante, repetimos, não pode sonhoreiar toda a explicação de casos de tuberculose, sem a oportunidade de novas aggressões, ou, vezes outras na incidencia de continua refrega, como no caso da tuberculose conjugal, relativamente rara. E depois, como se explicaria o despertar de focos adormidos, vindos da infancia, sem a influencia do terreno na collaboração das causas anergisantes? Si não houve reinfecção e a tuberculose latente volta á actividade, não seria possível o facto fora das condições pessoas de diminuição da resistencia, por eventual mudança nos attributos do terreno. A ruptura do equilibrio physiologico, logicamente pressuppõe o eclipse de um dos factores, a queda da resistencia, que pode ser transitoria ou definitiva. Perigará o organismo pelo exaggero ou pela redução das combustões? Haverá, como quer ABDHERALDEN, certa especificidade chimica cellular, que orienta o organismo na resistencia ou na submissão? Como quer que seja, não chegamos ainda aos processos de indagação capazes de notificar sobre a intimidade das trocas metabolicas. Entretanto tudo leva a crer que lá chegaremos, de modo a poder attribuir a cada factor sua responsabilidade na entrosagem dos mecanismos pathogenicos.

Para DAREMBERG e CHUQUET no limiar da tuberculose pulmonar ha verdadeira instabilidade thermica,

e LEDUC, de Nantes, verificou que a emissão calorífica é mais accentuada. O gráo thermico é obtido em metade do tempo necessario aos arthriticos. Demais disso, occorre que o desvio thermico entre a temperatura da manhã e a da tarde, nos sãos, é de 3 a 5 decimos, ao passo que nos casos de inicio esta differença attinge a 8 decimos, e mesmo a 1 gráo. Tambem o desequilibrio entre a temperatura do repouso e do movimento foi verificada por DAREMBERG e PENZOLDT, que o considera signal precoce toda vez que houver augmento para mais de um gráo na temperatura do organismo em movimento. Adiante diremos como se deve comprehender praticamente o valor das modificações da temperatura, como symptoma de bacillose incipiente.

Tem-se observado que nos casos de nutrição defeituosa, quando a actividade da corrente assimiladora contrasta com a quasi inactividade da corrente inversa, o organismo, apanhado por esta irregularidade trophica, offerece grande resistencia á bacillose, donde a formidavel sentença: «a humanidade se divide em dous grandes grupos,—o dos arthriticos e dos tuberculosos». Asserção peccaminosa por exclusiva, uma vez que «o individuo no estado de saude possui um modo de vida especial, consoante á actividade maior ou menor de suas reacções organicas». Ha variações metabolicas dentro dos limites da normalidade, e, segundo predomina a assimilação ou desassimilação, a creação ou a destruição, apura-se o exaggero ou a insufficiencia; quando o desvio é persistente crêa no individuo um modo de vida proprio, typo biologico particular, que faz de seu organismo ponto especial de rebate morbido, qual nos estados constitucionaes, sujeitando-o a manifestações constantes em sua natureza e variaveis em sua intensidade.

A antiga bradytrophía de BOUCHARD, caracterisada pela assimilação activa e desassimilação defficiente; manifestando-se pela preguiça das combustões e pela hypo-actividade das reacções bio-chimicas, se oppõe outro estado em palpitante inversão das qualidades nutritivas, expressas pela insufficiencia assimiladora e actividade desassimiladora, que o exaggero das combustões e das reacções chimicas e vitaes affeição particularmente. E' a diathese consumptiva de TITAN. E' a este estado nutritivo, indice de uma modificação profunda na organização, que alguns dão o rotulo, sempre prompto, de predisposição á tuberculose, terreno tuberculisavel, com imperfeita comprehensão de seu real valor, segundo alguns, á sombra de cuja autoridade medra a nossa opinião. A taes manifestações aprendemos a enfileira-las no numero das perturbações symptomaticas da tuberculose inicial, evitando com razão, tomar por simples predisposição um estado de molestia em começo, confundir uma modalidade physiologica com um estado pathologico attenuado.

### INTERROGATORIO

RIST, medico do Hospital Laennec, de Paris, é dos mais acatados tisiologistas francezes. Conforme a bôa regra na especialisação em medicina clinica, fez o seu caminho de especialista, com escala demorada pela clinica medica geral. Bom clinico poude attingir á reputação de tisiologo.

No interesse de melhor provisão de elementos de technica semiologica, tomamos de RIST os conselhos sobre o modo de conduzir o interrogatorio á simples suspeita da tuberculose.

Sobre o valor do interrogatorio diz RIST: «é tal-

vez de todas as técnicas de nossa arte aquella que mais tarde se adquire e com maior esforço, porque implica o conhecimento dos homens e seu trato em determinado sentido. Assistindo interrogar um doente pode-se julgar, com segurança, da experiencia clinica, da sciencia, da penetração psychologica e da autoridade moral de um medico».

O interrogatorio deve ser cadenciado em dois ou tres turnos: o primeiro conduz á indagação geral do estado de molestia, descripção actual, anamnese proxima e remota, phenomenos mais ostensivos em todos os orgãos e apparatus. E' a parte mais pessoal do doente, a indicar em linhas geraes, que traçam o rumo a novas informações.

Fixada que seja, na orientação clinica a localização da doença no apparelho respiratorio e fortalecidas as razões da suspeita de sua natureza, deve o medico, em novo turno, conduzir o inquerito, particularizando as circumstancias que norteiam no interesse da pesquisa. E então cahia á oportunidade miudear sobre o começo exacto da doença, trajectos de evolução, modo de comportar-se com a therapeutica empregada; analysar as «circumstancias etiologicas, pessoaes, profissioaes, familiaes ou sociaes que favorecem sua eclosão e ajudaram seu progresso, além das condições provaveis de contagio».

No interrogatorio de RIST nem tudo poderá servir ao nosso caso. Seu modelo não poderá ser o nosso, *ipsis litteris*; o medico tem que actuar dentro das condições sociaes em que pratica, e certo, não poderá subtrair-se á influencia compulsoria de alguns factores que o obrigarão a variar de norma, conforme a condição pessoal do doente que se lhe depara. E assim no ascendente psychologico da profissão, não

Ihe é possível obedecer a alíneas rígidas, preestabelecidas em esquema invariável. Agirá, é claro, segundo a educação individual, tendo que tratar, usando medida de vario tomo, desde o letrado de carreira ou de predestinação até o individuo que não logrou na vida social a simples alphabetisação.

Entretanto, mesmo em medicina clinica, não faz mal que tenhamos as normas de padronagem, ainda que para não cumpri-las integralmente.

Como em qualquer modelo de interrogatorio clinico, cabe primeiro logar, depois da identificação civil do doente, á descripção da molestia actual, e neste item, é indispensavel sublinhar o symptoma que compelliu o doente a procurar o medico. Tosse? Teve escarro sanguineo? Dor thoracica? Diminuição de peso? E' da maxima importancia fixar as circumstancias minimas desse começo, e do medico depende o resultado do inquerito, que, mal começado, não pode terminar bem, permittindo instruir a ponto sobre o caso clinico. Neste particular tudo vae da technica do interrogatorio. Ha doentes que exaggeram; alguns que occultam; outros impermeaveis á qualquer suggestão, fóra do seu interesse egoistico; quasi todos mais ou menos toldados na emotividade facil, que o exame clinico torna mais vibratil. Por isto mesmo o interrogatorio não deve ser trabalho de um momento, occupação de um só turno do exame.

A chronologia dos phenomenos iniciaes tem o maximo interesse. A questão da epocha do primeiro symptoma é capital; si possível a data exacta ou muito approximada.

A proposito RIST insiste num exemplo: «Ha quanto tempo você tosse? A resposta é quasi sempre imprecisa: «ha muito tempo» ou «ha pouco tempo». Si



o medico insiste perguntando o que o doente chama *muito tempo*, nem por isto adeanta o interesse que finalisa. E' habil então contornar a resposta, figurando no tempo duas epochas afastadas, como por exemplo: «sua tosse começou ha oito dias ou ha tres annos?» Acudirá então ao doente o praso mais ou menos exacto. Do mesmo modo com a hemoptyse para saber si simples escarro ou emissão sanguinea maior. Em regra o doente exaggera ou diminue dizendo grande ou minima a quantidade de sangue. E' o caso de estima-la, tomando um ponto de reparo: «seria obra de um dedal ou de um litro de sangue?» Dirá o doente, já agora precisamente, a quantidade fixada entre dados extremos.

O autor gaba este processo de attingir o seu intento, embora pareça pouco possivel, e nós já o temos ensaiado por vezes, fora do hospital. Não raro acontece que qualquer destes accidentes, não é, de facto, o primeiro symptoma, mas o maior, por isto fixado na impressão do doente. E' o caso então de indagar do seu advento para traz, procurando lobrigar pequenos indices como fadiga facil, anorexia, humor differente, antecedencia acaso relembrada de uma pleurite, que recúa a historia clinica á epocha mais distante. RIST encarece uma pergunta: «em summa quando v. deixou de ser inteiramente forte e valido?» Analysar então a resposta, decompô-la, sobretudo na questão das datas. Acompanhar nos detalhes minimos a historia do primeiro symptoma, remontando aos commemorativos capazes de auxiliar a pesquisa, como sejam as epochas de festas populares, Natal, Anno Bom, S. João, Carnaval, etc., ou datas pessoaes, como tempo escolar, casamento, maioridade civil, etc. Tudo isto para elucidar o começo exacto da doença. Tanto con-

seguido, o melhor é deixar o doente continuar a narrativa, assim espertada pela curiosidade interessada do medico. Em verdade, não ha como ouvir com attenção e paciencia, sem interromper o doente, senão para precisar uma ou outra informação menos clara. Feito o depoimento espontaneo, o clinico deve resumi-lo, a ver se provoca da retentiva do doente quaesquer esclarecimentos subsidiarios.

Os antecedentes do caso, sobretudo as doenças anteriores, importam examinadas. A precessão de uma pleurite se pode aceitar, quando se apura a existencia de liquido extraido da pleura. Já não se pode receber com o mesmo interesse o diagnostico de pleurite secca, bronchites, pneumonias, gripes, etc. Só rememorados os respectivos symptomas podemos ter a impressão de real antecedencia de um desses casos taes da pathologia respiratoria. Neste particular devemos querer factos e não palavras, como diz RIST. Algumas vezes encontramos ao exame os remanescentes da pleurite anterior, na morphologia do thorax ou na ankylose unilaterial do diaphragma. Em summa a apreciação das doenças anteriores exige certo tacto e prudencia no modo de considera-las, não as aceitando pela simples designação, nem repellindo sem o appello ao quadro clinico, reconstituído com a possivel minucia.

Os antecedentes pessoas e hereditarios devem ser conhecidos. No particular da tuberculose, menos interessará a questão da herança, de limitada responsabilidade, porem valerá investigar o contagio na infancia. A cohabitação com o contagiante tem importancia capital. No caso do adulto o contagio directo é menos frequente, maior influencia recahindo sobre as condições anergisantes que beliscam a tuberculose latente,

despertando a primo-infecção. Todavia a reinfecção deve ser tida em conta, e pois é mister apurar o contacto com o doente; sua duração e permanencia no foco têm significação de peso.

Sobretudo nas familias proletarias, vivendo em promiscuidade, habitando commodos superpovoados, sem noção de cuidados prophylacticos. A anergia transitoria, creada pelos accidentes infectuosos, como as febres eruptivas, a grippe, febres do grupo typhico, a gestação, o aborto, o parto, a narcose geral nas intervenções chirurgicas, são todas condições que podem tornar evolutiva a tuberculose latente ou attenuada.

A influencia profissional e o genero de vida, por seu turno, são inscriptos na folha de inquerito, merecendo um pouco mais de attenção que a simples menção. Principalmente a intensidade do trabalho, a exposição ás intemperies e ás atmosferas carregadas de poeiras, impoem maior cuidado na consideração do caso. As influencias profissionais são ás mais vezes relativas dentro da mesma profissão. A mãe de familia proletaria, considerada *sem profissão*, trabalha o dia inteiro, paredes a dentro de sua casa, exgottando-se em occupação constante e, ás vezes, pesada.

As condições sociaes, diversas quanto ao abrigo da vida, tranquillidade e segurança de recursos, mesmo mediocres, os factores moraes influem poderosamente na evolução clinica da tuberculose.

Todos os cuidados aqui enumerados devem constituir para o medico. que se occupa de tuberculose, ponto central de attenção e diligencia.

Perguntas e respostas devem ser escriptas na respectiva ficha para completa memoria do caso, cuja evolução clinica vae ser seguida. O interrogatorio terá que

figurar ao lado das folhas de exame clinico, radiologico e provas de laboratorio.

Assim a clinica para o clinico especializado em fisiologia.

### SYNDROME CLINICA

Temos insistido bastante sobre o modo de encarar a tuberculose de limiar, vinculando ás noções esmiuçadas os argumentos em abono da opinião que perfilhámos; e muito de industria fizemol-os apparecer toda vez que calhava ao assumpto ventilado.

Passemos a desfiar o rosario das manifestações symptomaticas geraes da tuberculose nas fronteiras do parenchyma pulmonar.

Aos phenomenos a que alludimos, quando tratamos da nutrição, objectivamente verificaveis, se emparelham outros de natureza subjectiva e que os individuos referem ás primeiras indagações. Queremos nos referir á sensação de fadiga, indolencia, indisposição habitual, dôres vagas generalisadas, dyspnéa passageira e suores mais ou menos copiosos, ao menor esforço. A marcha rapida os cança, fazendo-os repousar depois de curto percurso; e demarcados pela constante languidez e mal-estar physico descontínuo, permeiam estados myasthenicos intermediarios, causa proxima da inaptidão que revelam para o trabalho material. Estas manifestações se acompanham de uma sensação de calor interno mais ou menos pronunciada. As faculdades intellectuaes, por seu turno, bem que intactas e até certo ponto activas, renunciam á locubrações demoradas a egual passo resentidas da desmineralisação, que tambem as alcança.

Por este tempo já o individuo apparece emmagre-

cido, a pallidez é notavel, dando ao organismo subtile reflexos de morbidez, longinquo pregão do *habitus phymaticus*, de ARETEU.

Isto para os casos mais nitidos, pois nem sempre a tuberculose attenuada modifica a *facies* de modo a impressionar á simples inspecção.

Paginas atraz, quando tratamos das vias de introduccão da bacillose, alludimos com interesse a via amygdaliana, que de tanta importancia actual se cerca com relação á contaminação bacillar. A tuberculisação das amygdalas se nos afigura modalidade commum da tuberculose latente. Basta attentar para a fragilidade dos tecidos do primeiro trecho do canal aereo, de par com a actividade absorvente, para vêr que a menor erosão do endothelio dá motivo á invasão do bacillo. Franqueada a mucosa e em contacto com os lymphaticos, para logo são os germens vehiculados até os ganglios, onde occupam posição para entrar em lucta com as cellulas phagocytarias. Nas amygdalas, os bacillos, depostos na superficie mucosa, penetram directamente nos folliculos fechados, commodo logradouro, onde se desenvolvem e segregam toxinas, que irritam os tecidos, com subsequente hypertrophia do organ. Quando as toxinas são mal eliminadas ou absorvidas em doses mais altas, provocam reacção geral, que se traduz por accessos febris. São desta natureza as elevações da temperatura, que se manifestam sem outros motivos que não a fadiga, especialmente nas crianças. O thermometro marca 38.º, durando o accesso dez a dose horas. A explicação pathogenica é obvia: opportunisa-se a reacção allergica, pelos anticorpos preformados, com a descarga dos productos de desintegração muscular, tambem antigenicos na circulação. Nestes casos a suspeição da tuberculose la-

tente deve estar presente ao espirito do clinico, especialmente quando se encontram as amygdalas hypertrophiadas.

Lembre-mo-nos que DIEULAFOY tem, de modo incontestado, estabelecido a natureza bacillar da hypertrophia amygdaliana, e TRAURMANN chega a affirmar, que, em todos os casos clinicos, a origem phymica não pode ser posta em duvida. Tuberculose de fronteira pois, esta infecção, commum e extremamente frequente, é, via de regra, attenuada em vista da sua localisação subalterna e resistencia histologica do orgão affectado; no entretanto, representa imminente perigo, constante ameaça á evolução do mal na estrategia das posições favorecidas pelas vias lymphaticas, que facilitam as invasões profundas. De ganglio em ganglio, chegará a infecção á cadeia adenoide do mediastino, onde não resistindo os agentes de defesa, se refaz o invasor para os choques decisivos: por via sanguinea não tardará que se manifeste a granulia, a meningite, a forma bacillar pre-granulica; por via lymphatica, bem cedo será conquistado, lobulo a lobulo, o territorio pulmonar, cimentando-se a lesão sob qualquer das fórmas pneumo-bacillares conhecidas.

A amygdalite bacillar, dada a frequencia com que é encontrada (25 a 45 %), não é senão uma tuberculose attenuada, repetimos; no emtanto, é preciso não desattender aos surtos agudos, quando reiterados, porque de cores sombrias se cercará o prognostico, dado o signal de virulencia do germen bellicosamente experimentado em taes ensaios.

No que tange com o aparelho digestivo merecem attenção especial as perturbações gastricas, a que BROUARDEL nomeou «dyspepsia pre-tuberculosa». Os indices clinicos que mais avultam nesta dyspepsia são

a anorexia, a diminuição da motilidade gastrica, a constipação e a gastralgia, symptoma este de feição distincta das crises dolorosas de natureza hyperchlorhydrica, pois que se não apresentam com tamanha intensidade, caracterizando-se ao revés disto por uma dôr vaga ao nivel do epigastrio, sobrevindo indifferentemente em jejum ou após ás refeições. A anorexia se mantem quasi sempre rebelde aos meios classicos de intervenção therapeutica; EDHEM include as manifestações dyspepticas da tuberculose do começo no quadro da hyposthenia gastrica; esta hyposthenia não demora em tornar-se intestinal, e, de sua evidencia neste segmento do aparelho, dá signal a constipação, ordinariamente rebelde. Releva ainda notar que o estomago em taes casos é campo aberto ás fermentações anormaes.

Os trabalhos de ROBIN, DU PASQUIER, HERSOF e outros mostram que dentre as primeiras perturbações da tuberculose está a hyperchlorhydria, sempre constante nas primeiras phases do mal, para ir desaparecendo aos poucos, á medida que a tuberculose progride, até extremar-se no estado opposto. As pesquisas do chimismo gastrico, em geral sem maior importancia, nos estados de bacillose attenuada ou latente não têm sido feitas especialmente, ao que nos parece.

Perlustrando as manifestações que podem ocorrer nos systemas circulatorio e sanguineo defrontamos, em primeiro lugar, com a anemia. O *quid* de notavel nesta syndrome é cunho especial que elle reveste, distinctamente da anemia essencial e da chlorose ou chloroanemia. Na physionomia do individuo anemiado se nota uma descoloração particular, de exquisita brancura, deixando apparecerem as partes mais salientes,

em verdadeiro contraste ás vezes, quando á menor impressão se coram estas.

A anemia é um symptoma que quasi nunca falta. No *substratum* organico deste estado se encontra diminuição dos globulos vermelhos e redução do valor globular: hypoglobulia e hypo-hemoglobinemia ou dyschromatemia.

As toxinas tuberculosas, que, a intervallos, são lançadas na circulação, produzem uma asthenia cardiovascular, da qual a tachycardia é a expressão mais viva; o pulso sobe a 120 e 130 independente da elevação thermica: a tensão arterial em regra diminuida. Deve-se ligar á asthenia circulatoria os phenomenos de hyperseusibilidade á baixa da temperatura e do resfriamento das extremidades, de commum observados nos bacillisados de começo.

Não vae longe que os trabalhos de ARLOING e COURMONT revelaram o poder da agglutinação do sôro sanguineo dos tuberculosos latentes, quando em contacto com culturas dos bacillos de KOCH, o que lançará nova luz sobre o diagnostico. Em 27 % dos individuos com apparencia de saude a sôro-reacção foi positivada. Voltaremos ao assumpto quando tratarmos dos methodos biologicos de diagnostico precoce.

O estreitamento mitral, em regra, deve ser contado entre os accidentes da tuberculose pulmonar (CRÉMADELLERS). Com respeito aos accidentes urinaes, cumpre não esquecer as manifestações evidentes, a que já alludimos, e que se referem á exacerbação notavel do coeфициente urológico das materias mineraes e organicas: phosphatos (3 a 4,0 por litro) chloruretos (16 a 18), sulfatos, uréa, acido urico, creatinina, tyrosina, leucina. Occorre ainda em muitos casos a polyuria simples ou phosphaturica. TEISSIER faz cabedal da albuminuria



dita pre-tuberculosa, sempre constante, embora quasi nunca pesquisada.

Symptomas articulares e osseos têm merecido a attenção de alguns observadores, tendo á frente PONCET. O rheumatismo tuberculoso sempre precoce, apparece antes de qualquer localisação visceral, carecendo ser arrolado entre os accidentes de fronteira da tuberculose pulmonar. As manifestações articulares podem ir da simples artralgia á hydartrose e á franca simulação de um ataque de rheumatismo articular agúdo, e mesmo de arthropathias nodosas, deformantes. O joelho é a séde de eleição destes phenomenos, e mesmo quando outras articulações são attingidas, nesta são mais intensos. PONCET admite tambem o rheumatismo abarticular de natureza identica, iniciado por nevralgias e visceralgias. A esta forma prefere MAILLAUD qualificar de *tuberculose inflammatoria*.

Segundo PONCET, os caracteres do reumatismo tuberculoso consistem, de um modo geral, na ausencia ou leveza da febre, invasão inopinada, inutilidade absoluta do tratamento salicylado, localisação unica, ankylose posterior, etc. Temos visto diversos casos, dos quaes um typico, que ainda agora conserva a doente o joelho tumefeito, rebelde á therapeutica local, só conseguindo resultados pela medicação tonica geral.

A tuberculose cirurgica, localisada no systema osseo, deve ser temida com razão pelas descargas de toxinas, lançadas na torrente sanguinea, donde não raro se origina a decadencia do organismo, a breve trecho da tuberculisação visceral ou geral, com a precessão da toxemia bacillar.

Relativamente ás localisações cutaneas da bacillose, são bastante conhecidas não só as gommias, como o lupus, as tuberculides, o lichen escrofulosorum. De-

mais, á conta do terreno impregnado de toxinas levam-se as erupções de acnés, a furunculose, que no pre-tuberculoso costumam apparecer.

BERTHRAND accentúa como signal de tuberculose precoce a pytiriasis versicolor do thorax. MARIANI observou o herpes zoster como manifestação precoce da tuberculose. Tambem para o lado do systema nervoso, o effeito depressivo da toxina especifica se faz sentir n'uma relatividade concordante. Muitos dos pequenos accidentes localizados em orgams diversos, taes como as palpitações, a anorexia, a polyuria, a asthenia cardio-vascular, não serão em grande parte, devidos a uma impregnação primacial do elemento nervoso de jurisdicção nestes orgams?

Em razão da parte diffusivel dos productos bacillares, EDHEM não tenta o descrime entre a influencia local propriamente dita e a nervosa. A nosso parecer alguns destes phenomenos, observados de modo tão precoce, não dando tempo a pensar, em absoluto, numa alteração do *substratum* organico, devem ser tidos como effeito da influencia primitiva sobre a innervação regional. Só assim se explicaria a disparidade entre a causa e o effeito: fóra da intervenção nervosa passaria inexplicado o illogismo morbido, apparente pelo menos, que em manifestações varias tanto embaraça o juizo clinico.

Já o dissemos de passagem que o iniciado na tuberculose sente dores por todo o corpo que apparecem e desaparecem por motivo de um esforço qualquer, cessando ás mais vezes com o repouso. Assim, as myalgias, as artralguas, as nevralgias intercostaes, a gastralgia. A sciatica tem sido observada, muitas vezes duradoura, interminavel quasi; nestes casos, não apparecendo nitida a causa proxima, deve-se pensar na tu-

berculose, da qual é este symptoma, conforme HOBBS, manifestação precursora. Ainda um outro phenomeno pôde auxiliar o diagnostico: é a cephalalgia insidiosa irregular, leve e vaga, mas tenaz e rebelde á therapeutica, inexplicada por outra causa. A este symptoma dá CATHALA a porcentagem de 10 %.

Para o lado do aparelho genital na mulher observa-se como accidente infallivel perturbações catameniaes, que se traduzem, ora pela amenorrhéa persistente, ora pela dysmenorrhéa, ora ainda pela leucorrhéa, quando menos intensas se não expressam por modificações leves na quantidade, na coloração, e sobretudo, irregularidade chronologica, que rompe, com pequenas differenças, o cyclo periodico da funcção physiologica.

O puerperio constituindo motivo de predisposição adquirida, não ha duvida que favorece a invasão bacillar; as intensivas modificações de natureza gravida no metabolismo, os pequenos accidentes, frequentes durante este estado, diminuem a resistencia do organismo. No sangue se alteram os elementos figurados, ao mesmo tempo que sobrevêm perturbações urinarias, particularisadas por avultado desfalque de phosphatos, naturalmente ligado ás necessidades da ossificação fetal, para cuja organização derivam em detrimento da nutrição materna. A dyscrasia e a syndrome urinaria dão a medida das perturbações dystrophicas que acommettem a mulher durante o estado puerperal,—estado de desmineralisação ephemera,—poderiamos chamar, o que valeu para a gravidez a apostrophe de «molestia dos nove mezes.»

Por outra parte, os accidentes sympathicos, de resto muito communs neste periodo, e a repercussão geral dos phenomenos de involução uterina abrem mão das

condições physiologicas da defesa organica, fazendo que a iniciação tuberculosa seja melhor expressa. Outro tanto se pode dizer com respeito ao aleitamento, em que, no pensar de BOUCHARD, a hyperglycemia da lactação dá origem á pullulação microbiana.

Entretanto, acreditou-se durante muito tempo que a gravidez exercia acção benéfica sobre a tuberculose, pelo desenvolvimento do utero, que fazia derivar o sangue dos pulmões bacillizados, ischemiando-os, attribuindo LARCHER a acção descongestionante á dilatação ou hypertrophia do coração. Hoje, porém, domina a concepção opposta, e proclama auctorisadamente DUBOIS que «si uma mulher ameaçada de tuberculose se casa, ella poderá resistir bem ao primeiro parto, difficilmente ao segundo, nunca ao terceiro». Demais lembra BONNAIRE, se pôde applicar á tuberculose a celebre phrase de PETER quanto ás cardiopathias «fille, pas de mariage; femme, pas de grossesse; mère, pas d'allaitement».

Ahi está como o puerperio em suas diversas phases pôde agir, minando a organisação da mulher e propiciando o contagio bacillar.

E' o apparelho respiratorio a pedra de toque das manifestações bacillares; é claro, pois, que pela natural affinidade destes organs em relação ao virus—o que deu base sufficiente á *lei de Louis*,—algumas modificações forneçam precioso subsidio ao diagnostico precoce da tuberculose. A começar pelas malformações thoraxicas, que são communmente observadas nos predispostos. Assim o achatamento do thorax de deante para traz, a diminuição de todos os diametros thoraxicos, a convexidade mais ou menos sensivel da columna vertebral, a saliencia e approximação entre si dos omoplatas, a depressão anormal das fossas sub-

claviculares, para cuja evidencia concorrem musculos thoraxicos e claviculares, contrastando, alías, com a musculatura da espadua e do braço.

TRUC e CHARPY têm notado a redução no angulo xiphoidiano (de  $70^\circ$ ,  $75^\circ$  a  $60^\circ$ ) formado pelo apendice xiphoides, de um lado, e a borda cartilaginosa, de outro. Tambem a capacidade respiratoria diminue, donde a difficuldade dos movimentos respiratorios profundos. PETER já falava das dores thoraxicas, vagas e ephemeras, especialmente na área dos vertices; notam-se tambem nevralgias intercostaes com os caracteres já referidos; tosse leve em alguns casos e algumas vezes alteração da voz. Quanto ao chimismo respiratorio e sua real importancia, não precisamos voltar.

Ha um accidente que não pode ser esquecido — é a pleurite, que a pathologia antiga classificava no numero das molestias *a frigore*. Fôrma dissimulada da tuberculose, a pleurite secca ou com derramen é bacillar nove vezes sobre dez, segundo LANDOUSY. Bem assim as córtico-pleurites agudas. A invasão da pleura se faz ordinariamente sob fôrma aguda, enscenada com calafrio, febre, dôr intercostal; outras vezes a manifestação reveste o caracter chronico desde o começo.

SERGEANT descreveu uma forma de pleurite localisada no apice, que se denuncia, clinicamente, pela dôr no cavado superclavicular, dôr á pressão, tosse, diminuição do murmurio, respiração granulosa, ás vezes attricto. Ao exame radiologico encontra-se uma faixa acinzentada, sob a clavicula, em forma de arco com superficie inferior irregular.

Está provado que nas adherencias pleuraes, que remanesceem após a cura apparente, os bacillos colonizam, podendo invadir o pulmão por via lymphatica.

Em grande numero de casos de tuberculose a pleura

é parte na franquia ao germen; neste organo consegue elle, ás mais das vezes, a virulencia indispensavel para alcançar o pulmão. Tuberculose attenuada é tambem esta, dadas as circumstancias de attenuação a que chega o organismo pelos meios naturaes e, em alguns casos a evolução espontanea para a cura tem sido verificada. Isto quer dizer que não é fatal a evolução da pleurite para a tuberculose, sendo, porém, de grande alcance clinico receber a localisação phynica no pulmão, indistinctamente em todos os casos de antecedenciaes pleuraes, desde que para logo se não possa arredar esta probabilidade.

### PERIODOS DE EVOLUÇÃO

Temos assim esmiuçado, sinão systematisado, pelo modo que nos pareceu mais claro e preciso, o estudo dos pequenos accidentes da bacillose, de cujo conjunto se tem feito o typo clinico especial da pre-tuberculose. Mas, todas essas manifestações são da pre-tuberculose... pulmonar, porque quando ellas existem já o organismo foi bacillizado sob qualquer das fórmas attenuadas ou latentes, como sejam a tuberculose ganglionar em geral, a hypertrophia das amygdalas, a pleurite, as tuberculosas de localisação subalterna.

Aos tres periodos classicos da bacillose pulmonar juntou GRANCHER o periodo de germinação, periodo bacillar precoce; a estes quatro se poderá adstringir o periodo pre-bacillar, periodo da tuberculose nas fronteiras do ponto especial de affinidade bacillar. Sim, pre-bacillar do pulmão, porque, em verdade, para outros organos é confirmadamente bacillar.

Isto a admittir periodos de evolução clinica, como RANKE admittre periodos anatomicos. Em verdade, cli-

nicamente, a tuberculose é evolutiva ou não é, conforme os phenomenos geraes e functionaes e a presença do bacillo nas secreções e excreções.

Nem de modo diverso poderíamos comprehender as manifestações da tuberculose attenuada, justamente imputaveis á productos bacillares especificos; o producto toxico presuppõe o germen que o produz, aqui ou alli, além ou mais perto, mas sempre no organismo. Dest'arte, faz-se mistér accrescentar um outro capitulo, complementar do estudo desenvolvido, no qual seja ventilado o diagnostico precoce da tuberculose pulmonar. Calha ainda ao nosso proposito o surprehende-la nas primeiras phases de sua evolução local, quando a efficacia da therapeutica não pode ser posta em duvida.

A apostrophe de LAENNEC «malheur á celui qui en est touché!» lembre embora a observação daquelle grande espirito, não pôde passar atravez dos tempos e das epocas, sinão como uma recordação e uma homenagem; está julgada a efficacia da therapeutica, tanto mais proveitosa quanto menos precocemente empregada. A propria estructúra anatomo-pathologica do tuberculo nos revela, em seus elementos constituintes, a possivel curabilidade da tuberculose; capaz de regeneração, elle se organiza, aproveitando-se da predominancia dos tecidos esclerosados que rematam o desenvolvimento da zona peripherica de sua constituição.

E a esclerose, que é o remate da neo-formação fibrosa, é o tecido de cura por excellencia. A toxina, que AUCLAIR insulou no chloroformio, irá dar conta, talvez, da evolução do tuberculo para a cura, sabido que ella tem por funcção especial provocar a organização fibrosa. Virá dahi a explicação das curas espontaneas que surpreendiam os antigos e eram tidas por

excepcionaes, curas que, certo, se realizaram em mais alto gráo, passando despercebidas, como ainda em nossos dias; é possível que da biologia do germen, vivendo e accionando um tal ou qual meio, consoante á variedade do terreno em que se cultiva, derive o *porque* desta questão, e se póssam tirar a liupo as condições que o organismo realiza por esforço proprio, embaraçando o processo de evolvimento phynico, tolhendo a secreção da ethero-bacillina, e, portanto, a caseificação e fusão consecutiva, ao mesmo tempo que augmenta a producção da toxina inversa.

Pois bem, são estas condições naturalmente conseguidas, ás vezes, que se devem provocar quanto antes, dando ensanchas a que se manifestem a resistencia e defesa, quando carecidas do estímulo da therapeutica. Tal o poderoso e principal reclamo do diagnostico precoce, seu supremo interesse para a clinica, seu extraordinario proveito para a humanidade.

Quando não se possa ataca-la nas fronteiras do organ de eleição, não é tarde combate-la nas primeiras phases da invasão pulmonar.

Aqui a indole pessimista do medico vae mais de geito com o intuito sublimado do bem, que se revigora e crystalisa no espirito de humanidade. Tambem do scenario clinico e descansado optimismo, a revézes perseguido, perde em segurança e precisão o que de bondade e tolerancia da intenção que leva. E, depois, que damno traria ao individuo a observancia das prescrições que resultassem de um diagnostico simplesmente provavel? Repouso, bôa hygiene geral, e, sobretudo, alimentar, sobriedade de vida nos trabalhos e prazeres, alguns tonicos, não fazem mal a ninguem — ao revez disto, accentúa o bem-estar physico, mais o integra, si realmente preexistia.



## FUNDAMENTO DA DIAGNOSE PRECOCE

Vamos ver que é possível á luz dos conhecimentos hodiernos chegar com relativa facilidade ao estabelecimento do diagnostico precoce sem o luxo dos signaes clinicos, que só se compadecem com uma impregnação profunda e traduzem phase adeantada da molestia.

Não ha muito fazia-se questão fechada da pesquisa do bacillo no escarro, e este signal, de certeza absoluta, servia para não errar no attestado de obito, e representava o cumulo da intolerancia scientifica, que se não qualifica a não ser como «l'étrange pretention que veut substituer le diagnostic bacillaire a tout l'ensemble de l'examen medical» (JACCOUD).

Assim entendem alguns a diagnose precoce, isto é, a diagnose que se precisa na prova indubitavel. E RIST, formando na vanguarda dessa reacção, disse:— «a tuberculose pulmonar começa como uma pneumonia» E ainda: «entre a alveolite e a caverna, *drenada* pelo bronchio, não ha periodo intermedio de caseificação densa, que possa explicar a tuberculose fechada».

Não entendem assim outros autores, com os quaes nos identificamos, e que consideram que o diagnostico precoce deve ser estrictamente clinico, apoiado nos primeiros indices geraes e funcçionaes, e na syndrome physica inicial, com o complemento em alguns casos da exploração radiologica. Por esse tempo será raro que se possa ter a prova de certeza—a existencia do bacillo no escarro ou nas fézes. E' verdade que tal pode acontecer precocemente, numa circumstancia apenas, isto é, quando se dá a infiltração *infracular* de ASSMANN, que sendo precoce e traduzindo processo exsudativo, por isto mesmo rapido evolve, permitindo a exteriorisação do germen, e pois a prova in-

dubitavel de sua natureza. São casos em que, de passo com a evolução rapida, a alveolite logo desfaz o parenchyma, cavando-o prematuramente. Felizmente porém não são os casos mais numerosos. Em regra a tuberculose começa mais discretamente, forçando a sagacidade clinica. E' a lesão vasculo—conjunctiva do pulmão, «a tramite» de BEZANÇON e BRAUN, que sendo pouco infectante e pancibacillar, pode ser accidentada de surtos congestivos ou inflammatorios de natureza suspeita, como as cortico-pleurites, pleurites, hemoptyses, bronchites, crises asthmaticas.

Fóra de taes accidentes a lesão inicial se denuncia por pequenos signaes, de cujo complexo se apparellha a syndrome clinica precoce.

O diagnostico da tuberculose, feito a tempo de curar o individuo, tem que ver com os primordios de localisação—ganglionar ou vascular—conjunctiva, occurrencia anatomo-pathologica de cuja existencia signaes velados despertam o espirito clinico. Foi a este periodo que GRANCHER quiz dar o cunho de realidade pratica, clinicamente demonstravel, embora interpretando diversamente o processo histologico para finalizar a noção do diagnostico, conforme os signaes em relação com a neoplasia incipiente, o que, de resto, tornou assente nas alterações das qualidades elementares do murmurio vesicular. Atribuiu á respiração anomala importancia capital no exame clinico.

Insular o estudo da respiração anomala é mysterioso exclusivo da escuta; requer delicada percepção, habito de auscultar, além de exigir do medico a nitida comprehensão do valor das modificações subtis, que affectam o murmurio, sem repercussão de outros signaes physicos.

Vem de ANDRAL o estudo das alterações do ruido

respiratorio no inicio da tuberculose. Foi em 1837. Quasi ao mesmo tempo RACIBORSKI e depois BOURGADE, COLIN, HERARD, CORNIL e PETER, comecam a precisa-las sob o ponto de vista clinico, ao passo que FOURNET, HIRTZ, WOLLEY, referem outras modificações de presuimido alcance pratico, cabendo, todavia, a GRANCHER completar o capitulo muito theorico das respirações anomalas.

ANTI-ANEMICO — ANTI-NERVOZO

**GRAGÉAS**  
do Dr.

**HECQUET**

Laureado da Academia de Medicina de Paris  
de *Sesqui-Bromureto de Ferro.*

O melhor medicamento ferruginoso, contra:  
**ANEMIA, CHLOROSE,  
NERVOSIDADE, CONSUMPÇÃO.**

O unico que reconstitue o sangue, calma os nervos e nunca occasiona prisão de ventre.  
*DOSE: 2 a 3 gragças a cada refeição.*

**ELIXIR e XAROPE do Dr. HECQUET**  
de *Sesqui-Bromureto de Ferro.*  
Depósito: *Paris, Montagu, 49, B° de Fort-Royal,*  
E EM TODAS AS PHARMACIAS

EMPHYSEMA  
DYSPNEA

BRONCHITES  
ASTHMA

**LODEINE MONTAGU**

**PILULAS  
XAROPE  
AMPULLAS**  
de *Bi-Iodureto de Codeína*

**ANTIDYSPNEICO  
CALMANTE DA TOSSE  
EXPECTORANTE**

MONTAGU, Phco. 49, Boulevard de Port-Royal,  
em todas as Pharmacias.

XAROPE: 2 a 3 colheres, das de sopa, puro, por dia.  
PILULAS: 4 a 8 pilulas por dia.

## CONGRESSO INTERNACIONAL DA LITHIASE BILIAR

VICHY—19-22 de Setembro de 1932

(Continuação)

*Resumo clinico da bacteriologia biliar:*—H. G. MOGENA, C. DURAN e J. TAPIA (MADRID). O exame bacteriologico da bile vesicular obtida por sondagem duodenal, ou directamente do cholecysto, nos têm demonstrado que um tanto por cento das culturas positivas não era muito mais elevado nos doentes das vias biliares senão quando estas não eram affectadas; assim, nós o consideramos como de pouco valôr.

Temos orientado a bacteriologia biliar procurando a participação allérgica nos doentes das vias biliares, e temos reconhecido que muitos casos de enxaquêcas, urticarias, febrículas, eczemas, eram sensiveis a seus próprios gérmens.

Obtemos os mais brilhantes successos pelo emprego de autovaccinas, acómpañando-o de lavagens duodenaes afim de evitar a estase biliar.

\* \* \*

*Do papel capital da bacteriemia de ponto de partida intestinal na pathogenia da lithiase biliar:*—DESGEORGES (VICHY). A bacteriemia de ponto de partida intestinal, e em particular, a colibacillemia chronica ou colibacillose, gósa um papel preponderante na pathogenia da lithiase biliar.

Eliminando-se pela bile, os germens penetram na vesicula, onde provócam e entretêm um estado de inflammação chronica, que acabará por conduzir á precipitação lithiasica. Mas, não é tudo:—a colibacillose acarréta, em algum tempo, a hypercholesterolemia.

Eis uma noção susceptivel de lançar novas luzes no capitulo ainda tão discutido da genése das concreções biliares. Ella dá conta dos principaes factos clinicos e experimentaes que têm servido de base ás diversas theorias propostas para explicar sua formação.

\* \* \*

*A lithiase biliar e a cholecystite amébrica:—* Prof. TOMMASO CASONI (TRIPOLI). A cholecystite amébrica e a lithiase biliar evoluem muitas vezes com symptommas semelhantes entre si e suas syndromes muitas vezes se confundem e, algumas vezes, se superpõem.

Ou porque a vesicula biliar seja infectada pelas amébas de um modo primitivo, por via hematica ou secundaria a uma hepatite, o processo inflammatório resultante determina uma alteração das paredes e do conteúdo e, algumas vezes, com o tempo, conduz á lithiase biliar.

Acontéce que uma syndrome quasi igual pôde ser determinada por uma cholecystite amébrica ou por uma cholecystite calculosa, ou por ambas ao mesmo tempo. Conforme os casos, dever-se-á instituir seja o tratamento médico especifico, ou o tratamento cirurgico ou o tratamento médico e cirurgico combinados.

*A vaccinothérapie «da lithiase biliar»:—*G. KREMER (VARSOVIA)—O A. trata desde o mez de Setembro de 1924 seus doentes de lithiase biliar e cholecystite

por vaccinas que administra por via buccal. Apoiando-se sobre um material de 195 casos, e em um tempo de observação de 8 annos, chega elle á conclusão que este método, applicado sobretudo no começo da doença, é o método de escolha, e dá, de muito, melhores resultados que os outros. Applicou em 72 % dos casos vaccina colica, em 10 % a vaccina typhica e, no restante dos casos, a colica com a vaccina enterococcica, estaphilococcica, de Delbet, e outras.

*Espasmos graves do esophago e affecções do figado:*  
—JEAN GUISEZ (PARIS). Parece agora bem estabelecido que, graças á esophagoscopia, tem-se podido estudar mais a fundo a questão dos espasmos do esophago e que estes têm quasi sempre uma causa local, e os espasmos graves do cardia, em particular, constituem uma verdadeira doença com uma symptomatologia própria e, sob a influencia dos phenomenos inflammatórios super-ajuntados, elles não tardam, com o tempo, a se transformar em estenoses verdadeiramente organicas de fórma escléro-cicatricial.

O elemento nervoso ao qual se dava outróra o primeiro logar na pathogenia desta affecção parece não agir senão como causa predisponente e muitas vezes faz falta. A má mastigação parece ser a causa principal destes espasmos, o cardia recusando-se a abrir deante de um bolo mal preparado, mal insalivado. Resulta a estase alimentar, esophagite, e consecutivamente espasmo.

Ora, nós temos sido sempre impressionados pela coincidência destes espasmos do cardia com as affecções do figado: todos em grande numero eram attingidos de lithiase biliar operada ou não, e mesmo quando, graças a um tratamento local apropriado, elles podem engulir normalmente, continúam a mal digerir e a mal assimilar, seu hálito é máo, a lingua fica suja por

causa do máo funcionamento do figado. Temos observado este facto em mui grandes proporções, ao menos, uma vez sobre tres, em particular nos casos graves e todos estes doentes têm sido muito rapidamente melhorados e curados pelo tratamento de Vichy.

*A lithiase biliar na creança:—*L. DESMAROUX (MEDICO-CHEFE DO HOSPITAL CIVIL DE VICHY). Historia clinica de uma pequena doente de 7 annos, oriunda de mãe lithiasica, tendo apresentado por varias vezes cólicas hepaticas desde a idade de 2 annos, com sub-ictericia, fêzes descoradas, surtos thérnicos, hypercholesterinemia (3 grammos) na qual parece se impôr o diagnóstico de lithiase biliar.

O sexo, a herança materna directa, a taxa anormalmente elevada de cholesterina podem então realisar na creança as condições favorecedoras da precipitação biliar.

Esta hypercholesterinemia procêde, como o expoz o prof. CHAUFFARD, de uma forma especial de insufficiencia hepatica transmittida na vida intra-uterina pela mãe lithiasica e entretida por uma alimentação defeituosa. É possível encarar a cura por um tratamento e um regimen apropriados, em particular a cura hydromineral de Vichy, precómente applicada.

*Contribuição ao estudo clinico das syndromes agudas hépato-biliares:—*A. VALÉRIO (RIO DE JANEIRO). O A. critica as intervenções apressadas que expõe a intervenções inuteis, por casos de pseudolithiases que podem ser devidas á repercussão hépato-biliar de infecções a distancia (constipação, inflammação urogenital) que basta tratar para fazer desaparecer os disturbios hepaticos secundarios.

*Lithiase biliar e lithopexias associadas:—*HENRI PAILLARD.

Sobre 350 casos de lithiase biliar confirmada, o A. encontrou:

em 19 % dos casos, um *arco cholesterinico ocular* parcial ou total;

em 10,5 % dos casos, um *xantoma palpebrat*;

em 3 % dos casos, *tophigottôsos*;

em 17 % dos casos, *polyarthrite secca*;

em 22 % dos casos, *cellulite*;

em 4,5 % dos casos, *atheroma arterial* devidamente verificado (palpação, radiographia, ou oscillometria).

O A. insiste sobre o facto que a lithiase biliar é muitas vezes não somente uma doença local, mas a traducção de um disturbio da nutrição muito mais extenso.

*De algumas condições favoraveis e desfavoraveis á producção dos calculos biliareis:—* HENRI DUFOUR (PARIS). O A. encara duas condições: uma organica, favoravel á formação de calculos biliareis, outra humoral, desfavoravel. A causa organica consiste na existencia de uma lója diverticular, com séde no canal hepatico ou cystico e resultando de uma inflammção, até mesmo da syphilis. Nesta lója se deposita a cholesterina, até o momento em que o calculo moldado é expulso e arrastado pela corrente da bile na vesicula ou no cholédoco. Esta pathogenia permite explicar a cólica hepatica com ou sem ictericia; certas recidivas de cólica hepatica após a cholecystectomia e a fórma dos calculos, ditos «em facêtas». O disturbio humoral, que se oppõe á precipitação da cholesterina, é derivado do alcoolismo intensivo e prolongado. O alcool crêa a cirrhóse, mas parece pôr o alcoolico ao abrigo da lithiase.

*Sobre algumas expressões biochimicas da insufficiencia hepatica:—* V. CORDIER e J. ENSELME (LYON). Os



AA. mostram que, na lithiase biliar, o estudo da funcção proteolytica do figado, seguida durante varios dias, accusa um parallelismo entre os signaes clinicos e os signaes chimicos. Estes, ficam, aliás, sempre em zonas de alteração ligeira e não têm dado variação de grande amplitude.

*Relações da lithiase biliar e da cholecystite com a diabete.*—Prof. T. HERNANDO (MADRID). É possível que em certos casos, nos diabéticos, as alterações do figado sejam a origem da diabete; as mais das vezes, porém, parece que se deva criminar sobretudo uma pancreatite consecutiva, ella própria, a uma cholecystite.

A diabete é então secundaria e a pancreatite aguda pode estar mesmo em sua origem. Os diabéticos cholecystiticos não transmittem por vezes a seus descendentes senão a moléstia vesicular.

A frequencia relativamente fraca da diabete cholecystica á pancreáticocholecystica se explica pela necessidade da invasão de um grande numero de ilhótas de Langerhans, quasi sempre refractarias ao processo inflammatório. Em todo caso, é preciso a existencia de uma predisposição, de um certo estado *constitucional* (anatomico ou humoral) cujos elementos ainda nos escapam.

*Rheumatismos chronicos de origem lithiasica.*—ROGER GLÉNARD (VICHY). A lithiase biliar, fóra os symptomas locaes que a caracterisam, dá nascimento a muitos disturbios afastados, entre os quaes convem seja dado um logar todo especial ás manifestações rheumatismas. Estas pôdem ir das dôres funcçionaes fugazes, por onde comêçam tantos rheumatismos chronicos, até as deformações osteo-articulares com impotencia, que marcam as phases mais adeantadas de sua evolução.

A apparição destes casos se produz por intermédio,

seja da infecção vesicular, seja da insuficiência hepática concomitante.

O tratamento será mais especialmente hepático e vesicular no período inicial das dores erraticas, e local articular na etapa ulterior do reumatismo confirmado.

*O metabolismo basal na lithiase biliar:—*BABOT (BARCELONA). O A. não acredita que a cólica hepática tenha alguma influencia sobre o metabolismo basal.

O metabolismo basal na lithiase biliar pode variar em relação com complicações superajuntadas, taes como a obesidade, com tendencia a abaixar o metabolismo e a hipertensão arterial com tendencia a augmental-o.

Nos casos complicados, o metabolismo era uma vez augmentado num doente com localisação pulmonar; as outras vezes, diminuido, num caso por mixoedema (caso n.º 3); num outro caso, por hyponutrição e emmagrecimento (caso n.º 4) e em dois outros por vago-tonismo (casos ns. 8 e 19).

*Hepatitis cholangiticas:—*G. DOMINICI e A. ALLODI (Turim). Os AA., servindo-se de numerosas pesquisas feitas no sangue: succo duodenal, excreções, etc.; e de diferentes ensaios de exploração funcçional, estudam a genese das hepatitis. Elles attráem primeiro a attenção sobre a frequente verificação de uma aggressão das vias biliares, durante o curso das hepatitis em geral. Fazem notar, todavia, que na origem das hepatitis agudas, sub-agudas e sub-chronicas, acham-se muitas vezes, affecções primitivas das vias biliares, que produzem fórmias clinicas de uma gravidade diferente, que vão do quadro bem conhecido da «ictericia catharral» ás fórmias mais obstinadas de hepatitis de prognóstico sevéro.

*Da importancia das concentrações urinarias em galactose para o diagnóstico das hepatites em geral e das hepatites lithiasicas em particular.*—F. THIÉBAUT, J. DIERYCK e G. ALBOT. Os AA. recordam que, com seu mestre, Prof. NOEL FIESSINGER, preconisaram a pesquisa da concentração galactosurica para o diagnostico e o prognóstico das hépatites parenchimatósas agudas. Os AA. reférem-se aos resultados obtidos por este novo modo de exploração na lithiase biliar.

*Próva da galactose e hepatite lithiasica.*—H. WALTER (VICHY). O A., praticando a próva da galactose nos lithiasicos em cura em VICHY, não nóta a reacção positiva senão no quarto dos casos, que correspondem, aliás, ás formas clinicas mais severas. Nos cholecystectomizados, a proporção é identica e os casos positivos correspondem ainda ás sequéllas dolorosas as mais accentuadas. As cirrroses de origem lithiasica têm dado cifras as mais elevadas, mas em todos os casos, inclusive as cirrroses, a cura tem reconduzido a galactosuria á normal.

*Contribuição ao estudo da lithiase biliar pela dosagem da cholesterina no sangue.*—J. BARBERA (BARCELONA). A mór parte dos doentes affectados de cholelithiase tem hypercholesterinemia (em 2 casos, havia uma ligeira hypocholesterinemia).

Não ha parallelismo entre a retenção de cholesterina e a dos pigmentos e saes biliares. Estas observações foram já feitas por outros autores, (Chauffard, Grigaut); poder-se-ia interpretar esta falta de parallelismo entre a retenção dos pigmentos e dos saes biliares e a da cholesterina, do mesmo modo que nós interpretamos as ictericias dissociadas, isto é, fazendo intervir tambem nestes casos uma acção activa da célula hepatica.

*A sedimentação das hemacias nas ictericias.*—

A. RADOSAVIJEVIC e M. SEKULIC (BELGRADO). Uma sedimentação das hemacias retardada depõe em favor da natureza catharral de uma ictericia. Uma ictericia acompanhada de sedimentação das hemacias acelerada ou não é uma ictericia catharral, mas de outra natureza (lithiase biliar, cancer, syphilis, cirrhose do figado, etc.) ou se trata de uma ictericia catharral coexistindo com uma outra doença cuja influencia acceleradora sobre a sedimentação das hemacias é desconhecida. As experiencias *in vitro* e *in vivo* próvam que é á retenção dos saes biliares que se deve attribuir a sedimentação das hemacias retardada no curso da ictericia catharral. Nas outras ictericias com retenção dos cholatos, assim como na ictericia catharral complicada, a influencia inhibidora dos saes biliares sobre a sedimentação das hemacias é sobremontada por factôres accelerantes.

*A lithiase biliar por carencia:*—BOUCHER (GRENOBLE). O A. lembra que por effeito da desappareição das vitaminas pelos regimenens carentes, que não é immediata, os fermentos coagulantes dos leucócytos trazidos pela invasão microbiana tórnem-se preponderantes e é o que explica os accidentes tardios da lithiase biliar na avitaminose.

A noção de carencia na pathogenia da lithiase biliar allia-se, então, muito bem ás causas clássicas de estase e de infecção microbiana, desde muito tempo descriptas como provocando a calculose.

*Um caso de xantoma multiplo de fôrma pseudo hygromatosa:* EDOUARD ANTOINE (PARIS). Trata-se de uma mulher moça que, após um surto de rheumatismo articular agudo, vê desenvolver-se um xantoma multiplo de fôrma hygromatosa, ao redór das articulações dos dois punhos, dos dois cotovellos e das juntas dos pés. Ulteriormente, opéra-se de um

cysto do ovario esquerdo, depois, de um cysto do ovario direito (formado de cholesterina). O exame chimico de um dos depósitos xanthomatósos do cotovêllo esquerdo mostra que elle é constituído de cholesterina, phosphatídes e um pouco de acido urico. O exame do sangue móstra 6 grs. de cholesterina. A notar que o pae da jóven doente apresentou a mesma doença. A discussão destes factos se présta a observações interessantes que confirmam as idéas sustentadas por

CHAUFFARD, LAROCHE, GRIGAUT, HARTMANN.

*Pesquisas experimentaes e clinicas das relações entre o cholesteról do organismo e os saes biliares da bile. Contribuição ao estudo do factôr hepatico na pathogenia da lithiase biliar.*—GUY LAROCHE e GRIGAUT (PARIS). Os AA. communicam os resultados de factos clinicos e experimentaes referentes ao metabolismo associado do cholesteról e dos saes biliares.

Publicam as observações de dois doentes affectados de xanthomas generalizados nos quaes, sob a influencia da radiotherapia do figado, viram diminuir o cholesteról do organismo, ao mesmo tempo em que augmentavam os saes biliares na bile. Nas ictericias clinicas submettidas á drenagem e em experiencias realizadas com Costes, no cão, acharam elles os mesmos phenómenos. Estes factos vêm confirmar a theoria de GRIGAUT sobre a transformação do cholesteról do organismo em saes biliares e esclarecem a pathogenia da lithiase biliar pela diminuição do solvente natural do cholesteról da bile:—os saes biliares.

*A lithiase biliar no velho.*—P. BRODIN (PARIS). Encarregado desde varios annos de um serviço de 1.400 vélhos, o A. tem sido impressionado pela frequencia nelles de accidentes graves de origem lithiasica, mesmo quando os calculos haviam sido até então perfeita-

mente tolerados:—ictericias chronicas por obstrucção calculosa, angiocholites ou cholecystites suppuradas, accessoriamente pancreatites hemorrágicas.

Pensa elle que, em razão destes factos, deve-se alargar o quadro das indicações cirurgicas no curso da lithiase biliar. A intervenção deve ser praticada cada vez que, por occasião de perturbações mesmo ligeiras, a presença real de calculos nas vias biliares tenha sido claramente estabelecida.

ROUSSY-ROUSSEFF (SOFIA).

As pesquisas emprehendidas na Clinica Propedeutica de SOFIA tendem a confirmar a existencia de ictericias dissociadas. Pesquisas pessoases têm demonstrado que a dissociação pode attingir não somente a eliminação de pigmentos e saes biliares, mas, igualmente, a do ferro.

Em certos casos, a ictericia é devida á bilirubina sanguinea. Conforme as pesquisas do Prof. KIRKOVITCH e as minhas, esta bilirubina é elaborada nos grandes vasos arteriaes e no coração e destruida nos capillares.

A determinação da origem da ictericia, sub-hepática, hepática ou supra-hepática, segundo a terminologia do Prof. KIRKOVITCH, é então de uma importancia consideravel para a comprehensão do estado pathológico na lithiase biliar.

*Fígado grippal e lithiase biliar.*—CHARNAUX (VICHY. Entre as moléstias infectuosas, a *grippe*, sob todas as suas formas, mas sobretudo «intestinal», que seria melhor chamada: *hépato-digestiva*, goza o primeiro papel na etiologia da lithiase biliar, sendo dada, sobretudo, a formidavel expansão de suas epidemias.

A infecção hepatica grippal, raramente muito apparente, as mais das vezes larvada, disfarçada, é cara-

cterisada sobretudo por uma convalescença arrastada, —pelo quadro da intoxicação generalisada com todas as suas variantes—e muito especialmente pela fébre, atypica, irregular, que póde durar mesmo varios mezes.

Despistar e combater a infecção grippal apparece como um dos pontos mais importantes da prophylaxia da lithiase biliar.

*Próva da santonina e insufficiencia hepática:—* AKIL MOUKHTAR (ISTANBUL). O A. expõe a técnica e os resultados da próva da santouina graças ao estudo da curva de eliminação urinaria.

*A acção das injeções intramusculares de pepsina sobre a hypercholesterolemia:—* MAURICE DEBRAY, CODOUNIS e HATZIGEORGE (PARIS). Os AA. têm verificado que as injeções intramusculares de pepsina acarretam um abaixamento do cholesteról sanguineo, mas, somente nos individuos portadores inicialmente de uma hypercholesterolemia. Tambem nos atheromatosos, nos gottósos, como nos biliares, a cifra do cholesteról sanguineo foi muitas vezes reconduzida a uma taxa visinha da normal. A melhora clinica obtida nos biliares é sempre mais tardia que com as medicções cholagogas habituaes. Só uma experiencia sufficientemente prolongada é capaz de precisar o interesse pratico deste método que merecerá, talvez, vir completar a acção dos tratamentos classicos e das curas thermaes, cuja efficácia está desde muito tempo demonstrada.

*Sobre a cholecystographia na diabéte:—* HATZIRGANU e HANGANUT (CLUJ). Na diabéte, a cholecystographia deve ser feita, não como de habito 8 ou 12 horas, mas 2 a 3 horas após a ingestão. Nesta occurrencia, na diabéte, a cholecystographia não é negativa como o têm sustentado certos autores norte-americanos. No que concérne ao mecanismo da eliminação rapida

do tétroiódo, os AA. julgam poder explical-a pelo facto que o figado dos diabéticos apresenta uma hyperpermeabilidade evidente para os córantes e provavelmente para todos os elementos que se eliminam pelo figado.

*Algumas considerações sobre a lithiase biliar na ilha da Trindade:—*SEHEULT (PONT OF SPAIN). Mão grado as influencias favoraveis ao desenvolvimento de calculos nos habitantes desta illa, (habitios sedentarios, alimentação rica em farináceos, etc.), a lithiase biliar é alli pouco frequente.

## II—SECÇÃO DE CIRURGIA

*Resumo das pesquisas feitas na minha clinica sobre a cholelithiase:—*IWAO MATSUO (JAPÃO). A cholelithiase no JAPÃO se distingue pelos factos seguintes:— Os calculos pigmentares são 4 vezes mais frequentes que os calculos cholesterinicos.

Os calculos do cholédoco são tão frequentes quanto os da vesicula.

Em 18 % dos casos, observa-se lithiase intra-hepática.

O A. traz um quadro anatomo-clinico completo da lithiase intra-hepática:—notamos as poucas dôres, salvo em caso de séde cortical, sub-ictericia, acompanhada de fébre, invisibilidade aos raios X, ausencia do signal de MACKENZIE.

Resume elle os seus trabalhos experimentaes sobre a producção no coelho, por avitaminose A dos calculos intra-hepáticos, fóra de toda a estase e de toda a infecção com hypercholesterinemia e hypercalcemia.

A côr verde da bile retirada por tubagem é devida á presença de oxydases de origem inflammatória.

As soluções aquósas de cholesteról e de bilirubina



tendem a se precipitar quando o PH torna-se acido, por addição de calcio e magnésio, por junção de proteínas; os saes chólicos têm uma acção impedidôra. Acha-se, com effeito, em casos de cholelithiase, uma bile acida, pôbre em saes chólicos; a bile dos coelhos carentes torna-se acida e encérta um exeeéso de cal.

*Sobre o tratamento cirurgico da lithiase biliar:—* JACBOVICI (CLUJ). O A. tira de sua experiencia da cirurgia das vias biliares, as conclusões seguintes:

- 1.º—Alargar as indicações operatórias.
- 2.º—Intervir o mais cêdo possivel nos casos complicados.
- 3.º—Simplificar a técnica por incisão média ou para-média, mucoclase de Pribram; drenagem tão reduzida quanto possivel.
- 4.º—A temporisação nas complicações sépticas ou obstructivas.

*Cholecystostomia ou cholecystectomy nas affecções hépato-pancreatico-biliares:—* B. DESPIAS e J. MEILLÈRE (PARIS). Muitas vezes a cholecystostomia é preferivel á cholecystectomy na lithiase biliar, habitualmente acompanhada de lesões das vias biliares principaes e da célula hepática. A cholecystostomia trata a um só tempo destas differentes lesões, fazendo cessar a estase biliar e realisando uma drenagem biliar e hepática; de mais, ella consérva um organo podendo permittir o restabelecimento do cyclo hépato-intestinal da bile, em casos de estreitamento ulterior das vias biliares. Do mesmo modo, ella permite o tratamento dos estados de dyshepatía (bile negra) da angiocholite, das pancreatites chronicas.

Os AA. preconizam seu processo de cholecystostomia de derivação por invagiação sobre sonda, que

evita as ulcerações da pelle e pôde ser mantido por muito tempo sem alterar o estado geral.

*Indicação operatória e aperfeiçoamento no tratamento cirurgico da lithiase biliar.*—B. O. PRIBRAM (BERLIM). Para evitar as difficuldades da reperitonização do leito vesicular nos casos em que a cholecystostomia sub-serôsa é impossivel, o A. aconselha uma intervenção (mucoclase) da qual, eis aqui os tempos successivos:—aspiração do conteúdo vesicular, lavagem com Rivanol, abertura do cholecysto e ablação dos calculos, ligadura do cystico, carbonização da mucôsa com a sonda eléctrica, sutura dos tecidos. Não se é deste modo obrigado a drenar.

Convém estender a indicação da drenagem do cholédoco a todos os casos em que existem uma hepatite ou uma pancreatite.

O A. traz, enfim, observações com documentos radiológicos, que mostram que calculos encravados na papilla têm podido ser expulsos pela installação no cholédoco, graças a uma sonda introduzida pelo orificio de cholecystostomia, de uma mistura de ether e de parafina.

*Perigastrite grave após cholecystectomy por lithiase vesicular. Gastroenterostomia.*—JEAN VILLAR (BORDEAUX). A proposito de uma observação pessoal, o A. discute o melhor tratamento destas perigastrites. Acredita que ellas são causadas pelo estado infectuoso persistente choledociano e que a drenagem prolongada do cholédoco, melhor que a gastro-enterostomia deve permittir cural-as.

*Estudo clinico e experimental sobre as anastomoses enterobiliares, particularisadas no que concérne á infecção ascendente.*—V. DAVID (PRAGA). Baseando-se na observação de antigos operados e em experien-

cias praticadas em animaes, o A móstra os excellentes resultados das anastomóses entero-biliares, e pensa que sua largura, que favorece o curso da bile, não predis põe á sua infecção ascendente.

*As falsas lithiases biliares:*—ARMANDO NARCISO (LISBÔA). Quando um doente se apresenta ao médico consultante com symptomas de lithiase biliar, não se deve somente saber se, em verdade, ha ou não lithiase biliar; é preciso tambem se informar se se trata ou não de cholecystite ou de angiocholite chronicas.

Mas se excluimos a obstrucção dos canaes, o que de mais importante na clinica hydróllica e cirurgica, é avaliar a acuidade ou a chronicidade da affecção biliar, seu gráo de benignidade ou de malignidade e a intensidade da insuficiencia hepatica. A presença de calculos não é indispensavel para que a syndrome biliar se apresente com todos os seus symptomas.

Está provado hoje que muitas vezes a cólica não depende sómente do calculo. É preciso então fixar a nossa attenção sobre muitos outros factôres de pathologia biliar; tão importantes e mesmo mais do que o calculo, do ponto de vista clinico e therapeutico.

*Um caso interessante de lithiase biliar que produz um pseudo-cysto pancreatico:*—ANDREA DORRONSOVO (HUELVA, ESPANHA). Trata-se de uma doente que, depois de varias crises de cholecystite, foi operada de urgencia de cholecystostomia; quando a fébre e a ictericia desapareceram, fez-se cholecystostomia com cholédocotomia, para extrahir um calculo do cholédoco. Percébe se então um tumôr rétro-gastrico; analyse das urinas, determinação das unidades diastasicas; diagnóstico:—pseudo-cysto do pancreas a marsupialisar através do epiploon gastro-hepático:—após dois dias, crise aguda de appendicite gangrenosa; appendicectomia. A bôcca

de marsupialisação se fecha no fim de 13 mezes, seguindo a doente um regimen anti-diabético e tomando durante toda a doença agua de VICHY.

*Indicações no tratamento da lithiase biliar:—* ET CUKOR (BUDAPEST). O A. precisa a parte do tratamento cirurgico e do tratamento médico na lithiase biliar.

Para as cholecystites não lithiasicas, insiste sobre a necessidade de tratar o fóco de origem.

As recidivas dolorosas são observadas em casos de intervenção muito tardia.

*Indicações e resultados do tratamento cirurgico da lithiase da via biliar principal:—* VILLARD (LYON). Existem duas variedades de lithiase da via biliar principal: *os calculos em transito*, constituídos por calculos evacuados da vesicula e migrando para o duodeno, os quaes não dão senão accidentes choledocianos passageiros; e *os calculos sedentarios*, residindo demoradamente no hépatocholédoco, vindos seja muito tempo antes da vesicula, seja autochtones, formados nos canaes biliares. Os calculos sedentarios realisam a verdadeira lithiase do cholédoco. Elles constituem um perigo vital grave e necessitam a intervenção em razão das dôres, da fébre e da ictericia. A operação é séria em virtude do estado de depressão dos doentes. Tenho praticado 252 cholédocotomias por lithiase com drenagem do hepático e cholecystectomias, o mais das vezes. A percentagem de curas que, até 1925, era apenas de 67%; subiu nestes ultimos annos a 75% e mesmo a 78% em meus operados da cidade. Nos casos muito graves, não tenho associado a cholecystectomia á cholédocotomia; as curas têm sido de 80%, e entretanto, tratavam-se das fórmias mais severas. Máo grado uma mortalidade ainda elevada, os resultados obtidos

são para reter, porque a mór parte dos operados estava, no momento da intervenção, numa situação desesperada. Quando o diagnóstico do calculo sedentario é posto, ha grande interesse em operar o mais cedo possível.

*Algumas reservas a proposito das indicações operatórias na lithiase biliar:—* MOURIQUAND (VICHY). O A. pensa que a lithiase biliar é particularmente dolorosa nas doentes tendo préviamente soffrido uma hysterectomia.

As sequencias operatórias são particularmente me-diocres nestes casos. As recídivas dolorosas são talvez o facto da cellulite. E' porque aconselha o A. reduzir ao minimo as intervenções.

*Sobre dois symptomas das cholecystites chronicas:—* CHARLES BUIZARD (PARIS). O diagnóstico das cholecystites chronicas, sobretudo não calculosas, é muitas vezes difficil.

O A. insiste sobre dois signaes que têm para elle uma grande importancia: 1.º—estado sub-febril continuo; a temperatura de manhã, acima de 37º5, 37º8 e mesmo 38º; a curva se apresentando segundo os diferentes typos que o A. descreve. 2.º—dôres lombares, e na maioria dos casos, unicamente dôr lombar direita. Este é um signal que deve attrahir a attenção do lado da vesicula biliar, fóra de todo outro symptoma claro. Ella se localisa na massa muscular sacro-lombar (que é contracturada) em pontos precisos; um superior, acima das costéllas, outro inferior, mais frequente na bórda externa dos musculos lombo-sacros, a um ou dois dedos acima da crista illíaca. Esta dôr pôde apresentar paroxysmos no momento da digestão ou no curso de um surto agudo de cholecystite. O A. viu

desaparecer esta dôr lombar desde o mesmo dia da cholecystectomia.

*A proposito de algumas observações de cirurgia das vias biliares accessórias. Drenagem e cholecystectomia. Técnica operatória; discussão e deducções:—V. PAUCHET e HIRHBERG (PARIS).* A drenagem cirurgica vesicular é uma operação notavel, desintoxicando o doente rapidamente, pondo seu estomago em repouso, as vias biliares, o estomago e o pancreas, estancando as hemorragias gastricas não ulcerósas.

É' uma operação simples, benigna, a tentar antes da reseccão, se esta ultima não é immediatamente indicada.

Ella présta os maiores serviços diariamente, num serviço cirurgico especializado. Mas, a drenagem não deve ser feita senão mediante indicação precisa e é de propósito que ficamos tanto tempo parados no capitulo das generalidades.

Drenar uma vesicula porque ella é grande ou branca, sem se ter exgotado, préviamente, todos os recursos do tratamento médico, (drenagem, em particular), sem se estar certo de que os disturbios são de ponto de partida vesicular, é ir, talvez, inutilmente, em frente ás complicações biliares. Isto é dizer da importancia das lesões associadas e da necessidade de começar o tratamento por ellas, se a vesicula não se acha, clinicamente, no primeiro plano. A mesma nota para a reseccão quando se decide a pratical-a, seja em blóco, seja secundariamente em seguida á drenagem.

Só devem ser retiradas as vesiculas, que, por sua presença, constituem um perigo para as vias biliares.

*Dilatação da papilla de Vater, pelas sondas olivares conforme o methodo de Bakes:—B. HEYDUK.*

A intervenção tem por fim evitar as recidivas dos calculos no cholédoco; ella consiste em uma dilatação da papilla, graças a olivas, de mais a mais gróssas. Evitam-se, assim, as recalidas de cólicas hepaticas, ligadas á passagem secundaria de hepatolithos.

(*Continúa*).



**OUATAPLASMA**  
do Doutor **ED. LANGLEBERT**  
Curativo emolliente aseptico instantaneo  
**ABCESSOS, ECZEMAS, PHLÉBITES, INFLAMMAÇÕES DA PELLE**  
DEPOSITO GERAL : 10, Rue Pierre-Ducroix, PARIS. — E em todas as Pharmacias.

# BOLETIM

DA

## Sociedade Medica dos Hospitales da Bahia

---

ACTA DA SESSÃO EXTRAORDINARIA DA SOCIEDADE MEDICA  
DOS HOSPITAES DA BAHIA, EM 14 DE AGOSTO DE 1932

Lida a ata o Dr. Almeida Gouveia pede uma retificação. Diz que ele não deu o quinino como abortivo e sim dissera: a malária como que sensibilizava o utero, preparando-o para o aborto após a administração do quinino.

O Dr. Torres propõe que as sessões extraordinarias sejam efetuadas á noite em conjunto com a Sociedade de Medicina. E' aprovada a proposta ficando a primeira marcada para o dia 9 de Setembro.

O Dr. Armando Tavares lembra que os estudantes, conforme os estatutos, poderão entrar para a Sociedade, mediante a apresentação de um trabalho em conjunto com um dos socios. Faz um apelo aos estudantes das series mais adeantadas para que se sirvam desta clausula para movimentar os trabalhos da Casa.

### ORDEM DO DIA

Tem a palavra o Dr. José Silveira como relator do téma da sessão: «Gravidês e tuberculose».

Começa o Dr. Silveira por lêr os quisitos organizados para desenvolvimento do assunto os quaes foram assim redigidos: 1.º Exercerá a tuberculose pulmonar alguma ação nociva sobre a evolução da gravidês? 2.º Exercerão al-



guma influencia respectivamente, a gravidês, o parto e o aleitamento sobre a tuberculose pulmonar? 3.º Haverá oportunidade de se provocar o aborto numa tuberculosa? 4.º Em que a gravidês modifica a linha geral do tratamento da tuberculose pulmonar?

Antes de responder aos quizitos faz considerações geraes sobre o assunto mostrando sua grande importancia do ponto de vista medico-social e a vastidão do mesmo. Responde agora ao 1.º quizito: A tuberculose pulmonar parece, a priori, não poder deixar de exercer uma ação malefica sobre o organismo fetal. A pratica mostra, porem, que esses males podem ser perfeitamente corrigidos com um regimen de vida apropriado.

Ao 2.º: Apesar da grande divergencia entre os autores parece que a tendencia atual está em acreditar que a gestação, si não é uma condição favoravel, não prejudica enormemente a evolução da tuberculose. Ao contrario disso, o parto e o aleitamento parecem grandemente nocivos.

Ao 3.º: Dado que as estatisticas de tuberculosas gravidas, em que o aborto foi praticado, não mostraram resultados superiores áquelas em que tal medidas não foi usada, crê o aborto verdadeiramente superfluo.

Ao 4.º: A priori a tuberculosa grávida deverá ser tratada de modo todo especial. A pratica demonstra que a terapeutica convenientemente utilizada se aplica inteiramente ás gravidas.

Fala a seguir o Dr. Vidal da Cunha. Cita casos de sua clinica. Num destes em que pae e mãe eram tuberculosos, com hemoptises constantes, do que faleceram, o filho está vivo e sadio. Uma outra senhora com tuberculose dupla, na qual usou o «transpulmin», estando grávida, engordou bastante e passou bem na gestação, vindo a parir em tempo e falecendo pouco após. O filho está vivo e sadio. Ainda uma outra senhora com tuberculose bilateral começou a ter melhoras no 3.º mês da gestação

é pariu, de termo, um filho vivo e sadio. Acha pouco util a provocação do abortamento.

O Dr. Galdino Ribeiro cita 3 observações de senhoras tuberculosas que deram á luz fétos vivos, tendo passado bem toda a gestação. As creanças naceram fracas, porém hoje estão sadias e fortes.

Numa delas a doente faleceu logo após o parto. Diz que em geral a creança nada sofrerá com a tuberculose materna. A mãe sim, essa é muito prejudicada com o parto. Quanto á interrupção da gravidês julga inutil e até perigoso.

O Dr. Ruy Maltez discute a influencia da gestação sobre a tuberculose, dizendo que nem sempre é de efeito innocente. Trata dos efeitos da tuberculose sobre a gravidês; analisa a questão da herança dizendo mais frequente a intoxicação do que a passagem dos bacilos. Quanto á interrupção da gestação acha que as maiores indicações são nos ultimos meses.

O Dr. Almeida Gouveia depois de algumas considerações preliminares responde aos quisitos. Ao primeiro respondeu: Sim. Diz que a tuberculose exerce grande influencia sobre o utero gravido. Refere-se a alguns casos em que não houve influencia. A tuberculose ainda é malefica favorecendo a toxemia gravidica. Fala da passagem do bacilo ao fêto. Ao segundo: A gravidês exerce influencia favoravel. Parto desfavoravel em vista dos fenomenos de descompressão. Aleitamento muito desfavoravel e perigoso devido aos perigos de contaminação do recém-nato. Fala da passagem do bacilo no leite. Ao terceiro: Acha que só rarissimamente, e isso devido a fenomeno de toxemia. Ao quarto: De um modo geral—não. Fala da quimioterapia, chamando a atenção para o tratamento pela sanocrisina o qual não sendo cuidadoso poderá provocar abortamento.

O Dr. Pondé discute a influencia da gestação, do parto e do aleitamento sobre a tuberculose dizendo que conti-

nua em aberto o assunto. Falando sobre a influencia da tuberculose sobre a gravidês lembra a ergastenia gravidica etc. Acha que a provocação de abortamento só achará indicação em caso extremo. No mais subscreeve as palavras do Dr. Silveira.

O Dr. Araújo, depois de algumas considerações geraes sobre o téma faz elogios á síntese admiravel do Dr. Silveira e diz que lhe subscreeve inteiramente as palavras.

Tendo sido esgotada a hora foi suspensa a sessão, ficando o resto da discussão do trabalho do Dr. José Silveira para a ordem do dia da proxima sessão ordinaria.

ATA DA SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES DA BAHIA,  
SESSÃO DO DIA 21 DE AGOSTO DE 1932

Composta a mesa pelo sr. Presidente, 1.º e 2.º secretários e com a presença dos socios Srs. Drs. Adriano Pondé, Ruy Maltez, Almeida Gouveia, Gonçalves Martins, Magalhães Netto, Flaviano Silva, Eduardo Araújo, foi aberta a sessão.

A ata da sessão anterior foi lida e aprovada.

Do expediente constou um trabalho do Dr. Adriano Pondé.

O Dr. Ruy Maltez pergunta ao Snr. Presidente da atuação da Sociedade com relação á campanha pro-fundação do hospital.

Responde o Snr. Presidente que, como prometera falou sobre o assunto em reunião da Congregação da Faculdade, pedindo o apoio de seus colegas. Alem disso o Snr. 1.º Secretario vae officiar ás «Senhoras de Caridade» comunicando as resoluções tomadas pela Sociedade, nesse sentido. A seguir propõe a organização de uma comissão para cuidar do assunto e lembra para compol-a os seguintes

nomes: Drs. Octavio Torres, Ruy Maltez, Fernando Luz e Adriano Pondé. Por proposta do Dr. Octavio Torres acrescenta-se a estes nomes o do Dr. Armando Tavares.

O Dr. Octavio Torres diz que tendo tido necessidade, ha dias, de consultar o arquivo da Sociedade, teve ensejo de verificar que o mesmo se acha em deficiencia absoluta de ordem. Diz que, até aqui, não só o arquivo como a Biblioteca estão entregues a um empregado que se encarrega da conservação dos mesmos, mas que não está absolutamente na altura de dar o trato necessario. Lembra á Casa a necessidade de ser acrescentada á Directoria o cargo de Bibliotecario.

O Sr. Presidente informa que ha uma comissão nomeada para elaborar a reforma dos estatutos da Sociedade e que na ocasião oportuna o Dr. Torres apresentará sua sugestão, que, aliás, julga muito justa.

Ainda o Dr. Octavio Torres comunica aos seus colegas da Sociedade Medica dos Hospitaes que a Sociedade de Medicina, da qual tem a honra de ser Presidente, vae organizar uma «Semana Medica», por ocasião dos festejos do centenario da nossa Faculdade e que conta com eles para concorrer para maior brilho daquelle certame.

O Dr. José Silveira refere-se ligeiramente a um caso de tuberculose ganglio-pulmonar de sua clinica, dizendo que posteriormente trará o caso á Sociedade, pois tem muitos comentarios interessantes a fazer.

O Dr. Flaviano Silva fala, tambem de um doente interessante de sua clinica. Trata-se de um caso de «dermatite linear migrante». O doente está em estudo; posteriormente fará comunicação do caso.

#### ORDEM DO DIA

Conforme o combinado a ordem do dia começará com a continuação da discussão do trabalho do Dr. José Silveira, apresentado na ultima sessão extra-ordinaria.

Fala primeiramente o Dr. Flaviano Silva. Depois de alguns elogios ao trabalho do Dr. Silveira passa a responder aos quesitos: Ao 1.º responde: Parece que não. Poderá haver abortos em mulher tuberculosa porem de causa outra que não a molestia. Ao 2.º responde que sim.

Diz que o perigo do aleitamento não está na transmissão do bacilo pelo leite materno, como querem alguns porquanto está hoje provado que esta passagem não se dá.

Referindo-se á questão da tuberculose congenita diz que ela é possível porem rara. Quanto ao aborto provocado na tuberculose, diz que não ha geralmente indicação e si o ha só muito raramente.

Quanto ao tratamento, a gravidês em nada alterará.

Fala o Dr. Adeodato Filho, Diz que não pretende fazer critica ao trabalho do Dr. Silveira. Lembra apenas, de referencia á tuberculose congenita, as lesões que podem ser determinadas, na placenta, pelo bacilo, facilitando-lhe a passagem para a circulação fetal. Lembra os trabalhos de Natan-Larier, sobre o assunto.

O Dr. Octavio Torres lembra, em certo ponto de vista, a semelhança entre a tuberculose e a lepra. Fala do aparecimento ou da agravação do mal, numa e noutra, após a gravidês e da influencia nefasta do aleitamento. Cita um caso de lepra em que o mal appareceu intenso após uma gravidês e seguinte aleitamento. Cita outro em que houve contaminação no periodo de aleitamento. Fala ainda de outras questões como do isolamento etc.

O Dr. Armando Tavares responde ao quesitos. Ao primeiro diz que pode encarar por dois modos no que se refere ao fêto—o terreno e a herança. Contra o primeiro existem os preventorios e quanto á herança diz que a questão é mais importante, já se tendo tratado largamente. Ao segundo quesito diz que a gestação parece não influir na tuberculose, o mesmo não acontecendo com o parto e o aleitamento que têm sempre uma influencia má sobre a doença. Ao 3.º diz que não. E aproveita o ensejo para

manifestar o seu protesto contra a larguêsa de indicações que se quer dar á provocação do aborto. Ao 4.º responde que nada se terá que alterar na medicação e mostra-se entusiasta do pneumotorax.

O Dr. Eduardo Araújo, em aparte, indaga da questão da passagem do bacilo no leite. O Dr. Tavares responde que só em duas circumstancias se poderá achar bacilos no leite: ou havendo mamite tuberculosa, ou por contaminação.

O Dr. Almeida Gouveia, tambem em aparte, citou um trabalho japonês no qual os AA. acharam bacilos no leite de tuberculosas em 85% de casos. Esclarece tambem alguns tratados por ele.

O Dr. Eduardo Araújo presta alguns esclarecimentos sobre o assunto.

Ha ligeira discussão que termina por adventencia do Snr. Presidente.

Novamente com a palavra, o Dr. José Silveira mostra-se satisfeito pelo interesse despertado pelo seu trabalho e presta algumas justificações sobre o seu modo de encarar o assunto. Diz da profundêsa da materia e das inumeras questões á parte, como: tuberculose e casamento, provocação de aborto etc. Responde, a seguir ás argumentações de quantos dissentiram o seu trabalho e termina com mais alguns esclarecimentos sobre a questão da herança da tuberculose.

Em vista de estar adeantada a hora, foi suspensa a sessão.

ATA DA SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES DA BAHIA,  
SESSÃO DE 31 DE OUTUBRO DE 1931

Abrindo a sessão e declarando reencetados os trabalhos da Sociedade no corrente ano letivo, explica o Presidente (Dr. Armando Tavares) não ter convocado ha mais tempo

a presente reunião por haver combinado com o Dr. Octavio Torres (presidente da Sociedade de Medicina da Bahia) permanecerem em silencio nossas Sociedades Medicas até que se reabrisse a Faculdade de Medicina. Reaberta a Faculdade e prestada assim á mesma a solidariedade da Sociedade, retomava esta agora o fio de sua atividade scientifica. Fundamenta, em seguida, um voto de pezar pelos brasileiros que, de ambos os lados, tomaram sem vida na guerra civil, e reitera os votos formulados em moção apresentada pelo Dr. Heitor P. Fróes, nesta mesma Sociedade, ao iniciar-se a luta paulista, pela confraternização dos brasileiros e pelo advento do regime legal.

Dr. Heitor Fróes diz estar certo de que todos os collegas comungam nos sentimentos expressos pelo Snr. Presidente e que é na certeza disso que submete á aprovação dos presentes a moção que passa a lér, redigida nos seguintes termos:

MOÇÃO — « A Sociedade Medica dos Hospitais da Bahia, reunida pela vez primeira após o desenlace do « Movimento Paulista », exprime seu pezar pela sorte dos que se sacrificaram — inolados á obediencia ou ao culto do Ideal —, manifesta sua admiração pelas demonstrações de civismo da Classe Medica e Academica de S. Paulo, e reafirma seus anhélos de breve reconstitucionalização, pela pacificação completa e definitiva e pelo congraçamento da Familia brasileira ».

Aprovada unanimemente a moção em apreço frisa o Dr. O. Torres que a Sociedade de Medicina esteve durante as occurencias recentes que determinaram o fechamento da Faculdade e os fatos de todos conhecidos, inteiramente ao lado da Sociedade Medica dos Hospitais, com a qual

colaborou, nas providencias tomadas e nas atitudes assumidas, em prol da Classe Medica bahiana.

Dr. Vidal da Cunha propõe um voto de sincero pesar pelo falecimento do digno colega e dedicado clinico Dr. Carlos Levindo, sendo sugerida tambem a nomeação de uma comissão destinada a angariar donativos para atenuar a situação precária em que ficou a Família do pranteado Colega.

Terminada a leitura da áta da sessão anterior, e encerrado o expediente, o Dr. J. Silveira, em nome do conhecido especialista Dr. C. Reussen, convida os Colegas a se interessarem pelos estudos referentes á rentgenologia da aorta abdominal, assunto que constitúi tema relevante a ser discutido no proximo Congresso de Rentgenologia a realizar-se em *Washington*.

Dr. Heitor Fróes pedè a palavra, antes da ordem do dia, para apresentar, em nome dos colegas, e na qualidade de Relator, o resumo dos trabalhos da Comissão encarregada pelas Sociedades Medicas e Academicas e pela Classe Medica em geral de proporcionar conforto moral e material aos professores e estudantes detidos em consequencia dos acontecimentos de Agosto ultimo, precedendo a distribuição do Relatorio, já impresso, da leitura das seguintes palavras:

«Illustres Confrades da «Sociedade Medica»:

Solicitei do Snr. Presidente que me concedesse a palavra, neste momento, para fazer a leitura de breve e singéla exposição, em que a Comissão eleita pelos representantes da Medicina bahiana em geral (e por esta Sociedade em particular) sintetizou as providencias que procurou tomar, no desempenho da missão que lhe fôra confiada de proporcionar confôrto moral e material aos professores e alunos oprimidos, em consequencia dos acontecimentos de 22 de Agosto. E se mais cêdo não prestou contas aos que a elegeram é que não fôra convocada anteriormente uma sessão ordinaria desta Sociedade, só agora



finalmente efetivada. Feita esta indispensável justificativa, e antes de vos apresentar o Relatório que temos em mão, julgamos ainda necessário explicar aos colegas que acaso não tenham comparecido às reuniões extraordinárias de 23 e 24 de Agosto, os motivos que determinaram fosse eleita a Comissão que aqui representamos, ora no desempenho final de dignificante incumbência:

—Na manhã imediata á vespéral fatídica comentavamos desoladamente com o Prof. J. Fróes os deploráveis acontecimentos do dia anterior quando nos consultou ao telefone o Dr. Adeodato Filho sobre a viabilidade de ser realizada uma sessão desta Sociedade, de que é secretario e ilustre trabalhador, afim de se tomar conhecimento das ocorrências em apreço e providenciar em favor dos colegas (mestres e alunos) detidos nas Delegacias policiais e na Penitenciária do Estado. Excusado dizer que abraçámos sem hesitação a nobre idéa do Dr. Adeodato Filho, prontificando-nos a tratar do assunto imediatamente e a retelefonar-lhe mais tarde, logo que tivesse sido possível obter a adesão de um numero suficiente de colegas e fixar a hora aproximada da reunião... ao vêr de alguns inequívoco ou inútil, pouco prudente, temerária até!

Procurando concorrer para que se tornasse realidade a projetada reunião e contando já com a adesão incondicional do Prof. João Fróes, dirigimo-nos sem perda de tempo, á residência do Prof. Novis que, igualmente convicto da imprescindibilidade de uma sessão extraordinária a ser urgentemente convocada, concordou em aprazá-la para as 11 horas daquela manhã (eram então cerca de oito horas!) encarregando-se de providenciar para que fossem avisados pelo telefone varios colegas de uma lista dupla que apressadamente organizámos, ao tempo em que nós próprios preveniríamos os demais, pois de outra qualquer maneira teria sido impossível fazer em tempo a necessária comunicação. Procurámos em seguida, o Prof. E. Moraes que se prontificou a comparecer e manifestou-se favorável á

reunião projetada, obtendo logo após a adesão valiosa do Prof. Albino Leitão e de varios outros colegas — medicos, assistentes e professores. Já então, avisado pelo telefone, tambem o Dr. Adeodato Filho procurava dar conta do resolvido aos colegas que se encontravam no Hospital ou na Maternidade.

Realizada efetivamente, a sessão, e com o comparecimento de quasi totalidade dos que déla tiveram conhecimento — diréta ou indiretamente — houve, entretanto, quem ponderasse não estarem allí representadas em maioria que lhes permitisse tomar deliberações, em nome das classes respectivas, nem as Sociedades Medicas, nem a Congregação da Faculdade de Medicina, nem a Classe Medica da Bahia. Tal ponderação, que, encarada friamente, não deixaria de ser razoavel em oportunidade menos premente, obriga-nos a vir reafirmar aos presentes, como foi feito na aludida reunião, que seria absolutamente impossivel, dada a exiguidade de tempo, expedir convites especiais (individuais) a todos os *interessados*, certo excedentes de duas centenas, a julgar pelo numero de medicos existentes na Capital; ademais, nem mesmo assim estaria assegurado o comparecimento *regulamentar* da «metade e mais um», como bem puderam todos inferir da frequencia (bastante apreciavel embora) ás sessões subsequentes, todas amplamente divulgadas e em que nem por isso se verificou a presença da decantada *maioria absoluta*!

Foi na reunião imediata, efetuada ás 8 da noite de 23, aqui nesta mesma sala em que naquela manhã se reunira, e com o comparecimento das figuras mais representativas na Medicina bahiana que, por indicação do Prof. Albino Leitão, objetivando uma proposta do Dr. Adeodato e emenda do Prof. Durval Gama, ficou constituída a comissão de que fazemos parte (juntamente com os Drs. Durval Gama e Adeodato Filho) — com o fim especial de transmitir a solidariedade da Classe Medica e Academica

e proporcionar apoio moral e conforto material aos Mestres e Alunos na vespera aprisionados.

Ficou a Comissão desde logo autorizada a efetuar, em nome da Classe Medica, os gastos necessarios ao cumprimento de sua finalidade, despezas essas para as quais todos os presentes se prontificaram desde logo a contribuir. Tendo a Comissão procurado, posteriormente, receber os referidos donativos (só o fazendo, aliás, de referencia aos Professores, Docentes e Assistentes de nossa Faculdade, por serem os que em grande maioria haviam comparecido ás sessões referidas) nem todos entretanto puderam ser encontrados, até o dia (21 do corrente) em que, arrecadada quantia suficiente, fôram encerrados os recebimentos.

Assinála com prazer a Comissão que diversos colegas espontaneamente a procuraram para entregar a sua quota altruistica; e os oferecimentos reiterados de varios outros colegas que se prontificaram a contribuir novamente (se acaso insufficiente a soma total arrecadada) bem contrastam com a incompreensivel attitude dos que se furtaram á generosidade de uma modesta contribuição.

Feitas estas considerações, que a tolerancia generosa dos ouvintes nos consentiu terminar, vamos distribuir entre os consocios presentes o Relatorio de nossos trabalhos, cuja leitura deixamos de fazer, no momento, em virtude de já estar o mesmo impresso em folheto.

Por proposta do Snr. Presidente é expresso um voto de louvor, pelo modo por que a Comissão se desempenhou do encargo que lhe fôra confiado. Passando-se á ordem do dia tem a palavra o 1.<sup>o</sup> inscrito — Dr. Heitor Fróes — para lêr sua 2.<sup>a</sup> nota prévia sobre um caso de filariose: *«Identificação de microfilarias vivas em liquido acitico sero-fibrinoso, proveniente de um malvriento parasitado pela Wuchereria bancrofti, e em quem se não verifica a periodicidade habitual das microfilarias no sangue periferico»*. Lembra o communicante a 1.<sup>a</sup> Nota prévia apresentada á Sociedade

em Agosto do corrente ano, sobre o mesmo caso, e em que chamou atenção para a falta de periodicidade das microfilarias, embora tivesse verificado serem todas elas da especie *W. bancrofti*. Diz que o estudo completo e documentado do caso será apresentado em sessão proxima, para a qual se encontra já inscrito. O que o leva a firmar uma segunda *nota preliminar* sobre o caso é o fato de ter encontrado, ao fazer o exame microscopico do sedimento do liquido acético extraído microfilarias vivas e ageis que conseguiu identificar com segurança, verificando tratar-se de embriões da *W. bancrofti*. Chama atenção para o fato de se encontrarem desprovidas de bainha, em sua maior parte, as microfilarias encontradas, o que explica pela centrifugação demorada do liquido (em centrifugador electrico). Nas tres preparações microscopicas que apresenta (duas delas com o embrião ainda dentro da bainha) vê-se claramente o corpo central caracteristico. Saliencia a raridade da observação, provavelmente inédita, pois, ao que lhe consta só em *derrames quilozos se tem verificado a presença de microfilarias em liquido acético, obtido em vida do paciente, por punção ou paracentese abdominal.*

(Tratando-se de uma Nota prévia, não houve discussão).

Segue-se, com a palavra, o Dr. J. Silveira que discorre sobre a prova da *homo-sedimentação* e seu valor á luz de alguns casos de tuberculose tratados pela *sanocrisina*. Como as opiniões não são todas completamente acórdes, e trata-se além disso de um processo que não é ainda amplamente utilizado em nosso meio, resolveu trazer ao conhecimento da Sociedade alguns casos de sua observação pessoal. Reconhece que a prova não é especifica, pois se verifica tambem em outras doenças, mas acredita que tenha grande importancia em tisiologia, tendo acentuado valôr no ponto de vista prognostico. Ocupa-se da tecnica empregada e das que têm sido utilizadas por outro e

diz que Octavio Torres e Thales de Azevedo já têm praticado *hemo-sedimentação* entre nós.

O Snr. Presidente elogia a interessante comunicação, que considera muito proveitosa para os ouvintes. Diz não ter ampla experiencia com o processo em apreço, mas pode trazer ao conhecimento dos presentes um caso de sua clinica em que foi muito util a prova, cujo valor prognostico é incontestavel.

O Dr. Torres confirma que ainda se não pratica a prova sistematicamente entre nós e refere as verificações que já vem fazendo a respeito, dizendo empregar o processo de Westergreen. Entre outras considerações, refere-se ao tempo de leitura, dizendo fazê-la na 1.<sup>a</sup> hora, na 2.<sup>a</sup>, na 3.<sup>a</sup> e no fim de 24 horas.

O Dr. A. Gouveia não é entusiasta do processo, que considera sem valor em Clinica obstetrica; diz que ha varias causas de erro evitaveis e outras dificeis de evitar, e procura mostrar que os resultados podem variar conforme o tempo em que é feita a leitura do resultado.

O Dr. Silveira, respondendo, agradece os elogios feitos e comentando alguns pontos a que aludiu o Dr. Gouveia diz não pretender seja o processo rigorosamente exato, entendendo entretanto serem evitaveis as causas de erro desde que se siga sempre uma orientação uniforme, e se adote uma tecnica moderna. O que deseja é que todos experimentem o processo e venham mais tarde relatar á Sociedade o resultado das observações feitas.

(Estando já muito adeantada a hora é suspensa a sessão).

ACTA DA SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES DA BAHIA,  
SESSÃO DO DIA 27 DE NOVEMBRO DE 1932.

Foi lida e aprovada a ata da sessão anterior.

Do expediente constou um officio da Casa do Estudante

do Brasil e uma proposta para socio do Dr. Oswaldo Vieira.

O Dr. Vidal da Cunha propõe o encerramento dos trabalhos da Sociedade no presente ano, em do vista desanimado sequente á grande interrupção dos meses de Setembro e Outubro, o que é aprovado.

### ORDEM DO DIA

O Dr. Flaviano Silva tem a palavra para sua comunicação sobre «observações de Tinea nigra». Começa prestando homenagem á memoria de seu saudoso mestre Prof. Alexandre Cerqueira, quem primeiramente estudou a localização palmar da tinea nigra, antes mesmo de Castellani, e deu-lhe o nome de *ceratonicose nigricans palmaris*. Diz o Prof. Flaviano que prefere a expressão *tinea nigra* e dá sua justificativa. Cita 3 observações com fotografias e exame microscópico e tece comentarios em torno das culturas obtidas. Num dos casos encontrou uma lesão primitiva na unha que supõe da mesma origem; as culturas, no entanto, não confirmaram a suspeita, talvez por já ter havido tratamento. E' apenas uma suspeita desta nova localização, até agora, nunca observada.

O Prof. Armando Tavares pede esclarecimentos sobre a evolução da molestia.

O Dr. Octavio Torres dá seu testemunho de um dos casos citados dizendo que vae se informar se no collegio onde a doentinha estuda existem outros casos.

Novamente com a palavra o Dr. Flaviano dá os esclarecimentos pedidos ao Dr. Armando Tavares e sobre as observações ao Dr. Octavio Torres.

A seguir o Dr. Octavio Torres faz sua comunicação «sobre *protosifilomas multiplos*» Lê a observação de um doente com 5 protosifilomas na glande. Diz que não sendo venereologista julgava muito raros casos de protosifiloma multiplos, mas que por informação do Dr. Flaviano e

de alguns autores consultados soube não ser tanto assim. Refere-se a estatística de varios autores sobre protosifilomas genitae e extra-genitae multiplos. O seu doente apresentou, posteriormente, manifestações cutaneas de intoxicação arsenical que cedeu aos eliminadores.

O Dr. Adeodato Filho cita um caso tambem do conhecimento do Dr. Flaviano em que o paciente apresentava 4 protosifilomas na glande. A particularidade desse caso é a precocidade do diagnostico feito pelo Dr. Flaviano Silva, confirmado pelo microscopio, quando ainda não havia nenhuma infiltração nem conformação carateristica.

O Dr. Flaviano começa prestando testemunho ao caso citado pelo Dr. Adeodato e diz que foi levado a tal diagnostico pelas informações precisas e claras do doente.

Diz que os protosifilomas multiplos podem ser simultaneos ou sucessivos, e fala da auto-infecção. Nos cancos extra-genitae tambem são comuns os multiplos, ao contrario do que se pensava outr'ora. Cita casos de autores estrangeiros observando o numero espantoso de cancos: o de Fournier com 23; o de Ricord com 19; o de Clement Simon com 24, etc.

O Dr. Octavio Torres agradece a contribuição dos colegas Adeodato e Flaviano. Diz que sente-se bem em ter trazido essa contribuição á nossa patologia.

O Dr. Armando Tavares diz que, por estar ausente o outro comunicante inscrito, pede licença para apresentar um caso de difteria em adulto, cujo valor está no modo de evolução. Trata-se de um rapaz apresentando febre alta e dores nas costas, aparentemente uma gripe. Nada se queixava para o lado da garganta.

A ausculta revelava estertores sub-crepitantes nas bases pulmonares e ligeira insuficiencia aortica, compensada.

Fez medicação visando gripe. No dia imediato apresentava-se apiretico e com ligeira dispnéa. Só depois de 3 dias o doente chamou-lhe a atenção para a lingua e a garganta

cheia de placas brancas. Verificou então lesões típicas de difteria; retirou, então, material para exame que deu resultado positivo.

Descreve com minucia a evolução do caso e passa aos seguintes comentarios: 1.º A difteria no adulto é mais rara que na creança. 2.º No caso relatado a molestia manifestou-se primeiramente nas vias respiratorias inferiores e a seguir nas superiores, o que é raro. 3.º A difteria, entre nós, é extraordinariamente benigna. Fala por fim da questão da dosagem do sôro. Faz muitas considerações a respeito e diz que atualmente ha grande tendencia ás doses macissas que tem dado melhores resultados. Sendo o sôro convenientemente concentrado não ha maior perigo nas doses grandes.

O Dr. Adeodato Filho, corroborando no que disse o comunicante de referencia á benignidade da difteria entre nós, cita um caso de sua clinica em que a molestia se manifestou extraordinariamente benigna.

O Dr. Octavio Torres repete o que já disse em um congresso medico em S Paulo «que qualquer clinico devia saber retirar material para exame tão bem como qualquer tecnico de laboratorio». Elogia o Dr. Tavares por ter feito a retirada imediata do material de seu doente e mostra as vantagens de tal proceder. Diz, em seguida, que em certa ocasião, fazendo pesquisa na flora microbiana da boca, encontrou 2 casos de difteria frusta sem que os doentes apresentassem quaesquer sinaes da doença. Refere-se a um caso de sua clinica, fala da benignidade da doença e termina dizendo que as doenças infecciosas nos climas quentes são sempre menos maleficas.

O Dr. Oswaldo Vieira diz, que, ha algum tempo foi consultado por uma senhora para uma sua filha que apresentava perturbações intestinaes e, dias após paralisa da cabeça. Algum tempo após morria asfixiada. Tratava-se de um caso de difteria, o que o laboratorio confirmou. Faz comentario em torno do caso e fala na questão da



dóse do sôro. Termina dizendo que no Hospital de Mont-Serrat, onde foi interno, dão sempre doses maciças de sôro.

O Dr. Flaviano Silva diz de sua experiencia no sul do Paiz e cita alguns casos graves que teve oportunidade de acompanhar.

Fala novamente o Dr. Arnando Tavares que começa por agradecer o interesse que deram á sua comunicação. Cita focos de difteria na Capital. Diz que a Saúde Publica nos devia fornecer uma geografia sanitaria.

Fala dos sôros concentrados e mostra-se contrario ao ensôramento previo.

Foi por fim encerrada a sessão e bem assim os trabalhos do ano corrente.

**BIOPHORINE  
GIRARD**

**KOLA GLYCERO-PHOSPHATADA**  
**NEVROSIS, ANEMIA CEREBRAL, VERTIGEM**  
*A. GIRARD, 48, Rue d'Alsie, PARIS (FRAN. E)*  
Depositario: FERREIRA, 165, Rua dos Andradas, RIO de JANEIRO

## NOTICIARIO

Recebemos e agradecemos a seguinte communicação:  
Bahia, 14 de Dezembro de 1932.

Illmo. Snr. Dr. Director da *Gazeta Medica da Bahia*.

De ordem do Snr. Presidente tenho a grata satisfação de comunicar a V. Exa. a fundação da SOCIEDADE DE CLINICA GINECOLOGICA.

A nova agremiação visa incentivar o estudo da Ginecologia entre nós, fazendo intercambio de idéas e de experiencia clinica.

Outrosim, foi escolhida a seguinte directoria para reger os destinos da Sociedade no corrente ano :

Presidente de Honra—Prof. Aristides Maltez

Presidente—Dr. Galdino Ribeiro

Vice-Presidente—Dr. Symphronio Faria

Secretario Geral—Dr. Antonio Maltez

1.º Secretario—Dr. J. Adeodato Filho

2.º Secretario—Dr. Ruy Maltez

Thesoureiro—Dr. José dos Santos Pereira

Revisores de debates—Drs. Oduvaldo Bacellar, Helio Villela, e Gelasio Faria Filho.

Sirvo-me do ensejo para apresentar a V. Exa. os meus protestos de muita estima e elevada consideração

O 1.º Secretario

Dr. J. ADEODATO FILHO.

Que a novel agremiação se mantenha sempre á altura dos seus elevados fins, são os nossos votos.

## REVISTA DAS REVISTAS

*Inervação do collo uterino.* Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique. Novembro de 1932. W. H. Keiffer, de Bruxellas, apresentou em Outubro ultimo, ao 1.º Congresso Francez de Gynecologia, reunido em Paris, o resultado de suas pesquisas attinentes á distribuição dos elementos nervosos na região cervical do utero.—Impressionado pela discordancia entre a pobreza de taes elementos, na descripção dos classicos, e o vulto das reacções seusitivas de repercussão geral, (nauseas, vomitos, syncope) que succedem a qualquer contacto instrumental doloroso no orificio interno do cóllo, o A., graças ao novo methodo argenticco de coloração Bielchowski—Reumont, applicado aos tecidos regionaes, ponde ahi focalisar o systema neurovegetativo, a partir dos corpusculos sensoriaes, ainda inéditos e dispostos, como se segue:

«O typo de corpusculos, dos mais numerosos, pode-se descrever assim:—uma fibra myelinica afferente terminada em botão serve de caule axial a uma pequena massa de tecido conjunctivo em forma de amphora e encerrando algumas cellulas conjunctivas multipolares muito argentóphilas (neuröides) Ao redór desta massa enrólam-se as espiraes de fita das fibras lisas, segundo um trajécto helicoidal. Uma ou varias fibras nervósas nuas séguem ondulando, um trajécto parallelo a esta fita muscular. Estas fibras nuas estão nitidamente em relação com alguma fibra nervosa importante da visinhança e servem sem duvida de fibras afferentes ao corpusculo».

—Descreve, em seguida o A. dois outros typos de corpusculos, dizendo por fim: «A presença destes corpusculos na mucosa e no esphyncter da região cervical (orifício interno) dá a explicação desta grande sensibilidade reaccional a todos os estímulos thermicos, mecanicos, chimicos, electricos, pharmacodynamicos. Elle explica que o orifício interno é um verdadeiro ponto nodal donde podem partir todas as formas de contracção do organo integral, notadamente nas cauterisações, nas dilatações mecanicas instrumentaes obtétricas (parto prematuro por sonda, balões, cóllo e pubis). Este ponto nodal é realmente a zona dolorigena em todas as regiões do para-ortho-sympatico; elle é o ponto de partida, sem duvida, da sub-consciente do dôr no trabalho do parto».

A. N.

---

## PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

- Boletim de Cirurgia de S. Paulo*, Junho de 1932.
- Boletim Demographico-Sanitario da Cidade do Salvador*, Semanas de 14 de Agosto a 17 de Setembro e 27 Novembro a 3 de Dezembro de 1932.
- Brasil Medico*, Rio, ns. 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49 e 50—1932.
- Brasil Odontologico*, Rio de Janeiro, ns. 1, 2, 3 e 4—1932.
- Archivos Brasileiros de Neuropsiquiatria*, Rio, Agosto e Setembro de 1932.
- Jornal dos Clinicos*, Rio de Janeiro, ns. 18, 19, 20, 21 e 22—1932.
- Revista Medico-Cirurgica do Brasil*, Rio, ns. 8, 9 e 10—1932.
- Jornal de Medicina de Pernambuco*, Recife, ns. 9, 10 e 11—1932.
- Jornal de Syphilis e Urologia*, Rio, ns. 31 e 32—1932.
- Revista das Clinicas*, Rio de Janeiro, ns. 7, 8 e 10—1932.
- Revista de Gynecologia e d'Obstetricia*, Rio n. 9, Outubro e Novembro de 1932.
- Anales de la Soc. de Medico-Quirurgica del Guayas*, Guayaquil Equador, n. 5—1932.
- Ars Medica*, Barcelona, ns. 84, 85 e 86—1932.
- Revista Sud-Americana de Endocrinologia-Immunologia, Quimioterapia*, Buenos Aires, ns. 9, 10 e 11—1932.
- Revista de la Asociacion Medica Argentina*, Buenos Aires, Setembro e Outubro, n. 317—1932.
- Revista de la Soc. Argentina de Biologia y de la Soc. de Biologia de Rosario*, n. 4—1932.
- La Medicina Argentina*, Buenos Aires, ns. 124, 125 e 126—1932.
- La Semana Medica*, Buenos Aires, ns. 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48 e 49—1932.
- Revista Medica Latino-Americana*, Buenos Aires, ns. 203, 204, 205, Agosto, Setembro e Outubro de 1932.
- La Prensa Medica Argentina*, Buenos Aires, ns. 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 17—1932.
- Boletim de la Oficina Sanitaria Pan-Americana*, U. S. A., Agosto de 1932.
- Vida Nueva*, Habana-Cuba, n. 3—1932.
- La Beneficencia*, Maracaibo-Venezuela, ns. 593 e 594—1932.
- La Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, Roma, Maio, Junho, Julho, Agosto, Setembro e Outubro de 1932.
- L'Echo Médical du Nord*, Lille ( França ), ns. 634, 635, 637, 638, 639, 641, 642, 643, 644 e 645—1932.

- Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel*, Paris, 4.<sup>o</sup> anno, n. 5—1932.
- Nomothérapie*, S. Paulo, Julho e Novembro de 1932.
- Bahia Médica*, n. 18—1932.
- Archivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, ns. 9 e 10—1932.
- Imprensa Médica*, Rio, ns. 127—1932.
- S. Paulo Médico*, S. Paulo ns. 1 e 2—1932.
- Gazeta Clínica*, S. Paulo, ns. 5 e 6, Julho a Outubro de 1932.
- Anaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, ns. 2 e 3—1932.
- Vida Médica*, Rio, n. 8, Novembro de 1932.
- Revista de la Sociedad Argentina de Biología*, Buenos-Aires, ns. 5 e 6, Outubro de 1932.
- Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, Montevideo—Tomo I, ns. 1 e 2.
- «*Pho* Montevideo n. 2—1932.
- Revue Française de Gynecologie et d'Obstétrique*, Paris, n. 9, Novembro de 1932.
- Le Monde Médical*, Paris, n. 816 e 187—1932.
- Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, no. 12 e 13—1932.
- Paris Médical*, Paris, ns. 44, 45, 46, 47, 48 e 49—1932.
- Bulletin of the New York Academy of Medicine*, New York, Outubro de 1932.
- The Rockefeller Foundation*—1932.
- Medical Times*, New-York, n. 11—1932.
- Boletim do Syndicato Médico Brasileiro*, ns. 44, 45, 46 e 47—1932.
- Revista Brasileira de Cirurgia*, Rio, ns. 8, 9 e 10—1932.
- «*Frasido*», *Informador Mensal de Marcas Registradas*, Rio, Outubro de 1932.
- Pediatria Prática*, S. Paulo, Fasciculos V e VI—1932.
- Archivos de Biología*, S. Paulo, n. 169—1932.
- Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, Paris, Sessão de 4 de Novembro de 1932.
- La Crónica Médica*, Lima-Perú, ns. 829, 830 e 831—1932.