

GAZETA MEDICA DA BAHIA

DIRECTOR EFFECTIVO

Prof. Dr. ARISTIDES NOVIS

REDACÇÃO

CLEMENTINO PRAGA, GARCEZ FRÓES, PINTO DE CARVALHO,
GONÇALO MONIZ, MARTAGÃO GESTEIRA, PRADO VALLADARES,

CESARIO DE ANDRADE,

FERNANDO LUZ, J. ADEODATO, CAIO MOURA.

Professores da Faculdade de Medicina

REDACTOR-SECRETARIO

Dr. ARMANDO SAMPAIO TAVARES

Assistente da Faculdade de Medicina

VOLUME 59

NUMERO 1 * JULHO 1928

BAHIA

ESTABELECIMENTO DOS DOIS MUNDOS

35, Rua Conselheiro Saralva, 35.

1928

SUMMARIO

SEMIOLOGIA DO EDEMA PALPEBRAL—pelo Dr. Cesar rio de Andrade.....	Pag. 3
ACIDLOSES—Foi o titulo da interessante conferencia realisada em São Paulo pelo Prof. Guy Laroche, do «Instituto Franco-Brasileiro da Alta Cultura», em sua ultima estadia naquella Cidade e cujo resumo damos a seguir, pela importancia do assumpto.....	» 9
SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES DA BAHIA.....	» 17
REVISTA DAS REVISTAS.....	» 31
PUBLICAÇÕES RECEBIDAS.....	» 47

ASSIGNATURAS

Pagamento adiantado

PARA A CAPITAL	FÓRA DA CAPITAL
Por um anno . . 15\$000	Por um anno . . 20\$000
Por seis mezes . 8\$000	Por seis mezes . 12\$000

Numero avulso 2\$000

Os academicos de medicina pagarão apenas 12\$000
por anno ou 6\$000 por semestre.

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

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

Rua Chile n. 26-(1.º andar)
BAHIA

GAZETA MEDICA DA BAHIA

FUNDADA EM 1866

Vol. LIX

Julho de 1928

N. 1

SEMIOLOGIA DO EDEMA PALPEBRAL

R 5142

A semiótica do edema localizado nas palpebras tem incontestavelmente real interesse clinico, sabido que elle reflecte não só estados do aparelho visual, senão ainda, de orgãos á distancia situados.

São as proprias condições anatomicas regionaes que favorecem singularmente o desenvolvimento desses edemas, uma vez que a pelle de revestimento das palpebras extremamente delgada reune-se ao tecido subjacente por uma trama frouxa, desprovida de adipe e dotada de grande mobilidade.

A frequencia e o polymorphismo que estadeiam, exercem um papel significativo na diagnose de certas affecções locaes e constitucionaes.

Assim é que, em determinadas lesões renaes, a presença do edema palpebral insidioso e fugaz constitue, muita vez, a primeira revelação do mal, até então completamente ignorado.

O edema bilateral das palpebras observa-se, tambem, como um phenomeno da anasarca no decurso das affecções cardio-vasculares e hepaticas; nestas ultimas, sobretudo nos cirrhoticos que ostentam signaes de franca insuficiencia do orgão.

GRIMBERT fala-nos do edema flacido das palpebras inferiores, por vezes pruriginoso, nas creanças portadoras de verminose.

Nas multiplas intoxicações exogenas e endogenas o edema exhibe um character polymorpho, de par com as varias dermatoses, a que ellas dão causa, como a *urticaria*, as *erupções eczematiformes*, etc.

As intoxicações phosphorada, arsenical, mercurial, iodada, antipyrinica, etc., do mesmo passo que as do botulismo, não raro se acompanham de ligeiro edema palpebral, ao lado de erupções cutaneas mais ou menos accentuadas. Com a hectina e, sobretudo, com o arseno-benzol, tem-se observado edemas transitorios, que elegem principalmente os labios e as palpebras, muitas vezes precedidos de intensa e insolita congestão da face, chegando até a cyanose, lembrando o quadro da chamada *crise nitritoide*, tão conhecida dos clinicos.

Ao lado desses edemas não inflammatorios, figura o que tem como factor etiologico a syphilis. NEESE e SUYDACKER referem casos de edemas persistentes, indolores, perfeitamente differencados do edema ligado a uma *tarsite* ou a uma *infiltração gommosa* da orbita, traduzindo manifestações especificas do terciarismo luetico, curados pela medicação mercurial intensiva.

Um exemplo typico dessa variedade tivemos numa doente do nosso serviço clinico em que o edema duro, bilateral, apresentava-se como unico signal de uma syphilis remorada, desaparecendo com a medicação especifica.

Sob a rubrica de *essenciaes* distinguem-se certos edemas palpebraes, para os quaes se não tem encontrado de prompto uma causa plausivel. O Dr. GAILLARD relata sob a denominação de edema *idiopathico agudo*

das palpebras, casos de etiologia obscura, que elle considera de angio-neuroticos.

São edemas indolentes, molles, brancos, ephemerros, que surdem bruscamente, sem prodromos, e attingem em poucas horas o seu apogêu.

A recidiva é a regra em taes casos. Essa variedade, embora mal estudada, é muito mais frequente do que geralmente se suppõe e della a clinica nos offerece varios exemplos. Conhecemos de observação propria alguns desses casos, que offerecem um grande interesse pelo aspecto bizarro que ostentam.

O chamado *edema palpebral de Trousseau*, que parece derivar do arthritismo, caracteriza-se pela apparição e desaparição bruscas, medeiando a sua duração de algumas horas a alguns dias.

Na leucemia e em certos individuos de constituição lymphatica não é raro de vêr-se um certo grau de edema avultando periodicamente, ora numa ora n'outra palpebra.

Offerecendo muita semelhança ao de natureza *hunteriana* existe uma variedade de edema palpebral mais ou menos duro, que tráe a presença da *trichnose*. Ao contrario deste, um edema flacido bilateral, predominando nas palpebras inferiores, precede de alguns dias e, muitas vezes, acompanha todo o periodo catamenial em algumas mulheres.

A este proposito, FAGE cita um caso de sua observação em que os surtos edematosos desappareciam com a prenhez, para reaparecerem após o delivramento e consequente reatamento do fluxo menstrual.

Alem desses edemas palpebraes, produtores de uma affecção fundamental, existem outros que se apresentam como signaes reveladores de affecções adstrictas ao orgão visual e seus annexos, robustecendo, ainda uma

vez, o conceito de guardas avançadas e protectores do olho, de que gozam as palpebras (*tutamina oculi*).

A *trombose* dos seios cavernosos dá ensejo a forte edema palpebral, que se acompanha de phenomenos cerebraes graves. Do mesmo passo é o edema resultante de um obstaculo levado á circulação na veia ophtalmica.

Molle e transparente esse edema faz a sua apparição na palpebra superior, gahha á inferior, diffunde-se pela visinhança, de concerto com pheuomenos geraes graves e compressões que se exercem no trajecto dos nervos oculo-motores e trigemeo.

As inflammções orbitarias e juxta-orbitarias, as affecções dos seios da face, em particular ethemoidaes e frontaes, se acompanham por vezes de edema palpebral. Algumas inflammções dentarias dão margem a edemas mono ou bilateraes, seja devido aos processos simples de periostite ou a uma *sinusite maxillar* secundaria.

As choroidites e retinites metastatica sobrevindo no transcurso das affecções geraes pyemicas podem occasionar edemas palpebral e conjunctival muito pronunciados.

Outrotanto pode acontecer nas conjunctivites de etiologias varias; taes como a diphterica, a blenorhagica, a aguda de KooCK WEEKS, a diplobacillar de MORAX e AXENFELD, etc.

No glancoma agudo e em certas formas de iritis não é raro se observar, tambem, o edema.

KALT refere um caso de edema palpebral accentuado numa creança portadora de adenites cervicaes, amygdalas hypertrophiadas, e provocando forte compressão das veias jugulares. O edema unilaterial pode ser ainda symptomatico de uma inflammção auricular. Na erysipela, quer se trate de uma infeccção de origem

cutanea local, ou nasal e lacrymal, o edema e a tumefacção da palpebra são uniformes e coincidem com a elevação thermica. Tem-se visto *edemas solidos* e permanentes da palpebra consequentes a surtos repetidos de erysipela da face.

O edema palpebral existe geralmente em todos os processos inflammatorios locais, taes como a furunculose, etc.

O edema da palpebra que, de um modo geral, é facilmente reconhecivel pode, em alguns casos, prestar-se a confusões, sobretudo com o *myxoedema*.

Qualquer que seja a sua fórma clinica (idiotia myxoedematosa, cachexia, etc.) a turgencia dos tegumentos é manifesta na face, em particular nas palpebras, figurando mesmo como um dos primeiros symptomas a desafiar a attenção sobre a molestia.

Entretanto, postos á margem os phenomenos geraes, por si só capazes de evitar a confusão, o myxoedema palpebral se evidencia pela maior resistencia da turgidez e a ausencia da depressão exercida pela compressão digital. Ademais, a symetria da turgescencia e a sua evolução chronica, na dependencia da etiologia myxoedematosa, muito esclarecem o diagnostico.

De outra parte, determinadas fórmas da *doença de Basedow* se traduzem não por exophthalmia, mas por um certo gráu de intumescencia palpebral muito especial, aliás só verificada num escasso numero de casos.

Como para o myxoedema, os phenomenos geraes basedovianos, de simultanea apparição, além dos caracteres proprios da turgidez, auxiliam a differenciação.

Por fim, o edema gazoso (*ephysema*) das palpebras se reconhece pela crepitação especial verificada á simples palpação.

Vale, finalmente, assignalar como passivel de confusão, a adiposidade das palpebras, observada em certos individuos, principalmente nos velhos, em que se verifica uma disposição arredondada e saliente desses orgaos, produzida por uma especie de hernia do tecido adiposo.

CESARIO DE ANDRADE.

ANTI-ANEMICO — ANTI-NERVOZO

GRAGEAS
de D.
HECQUET

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

O melhor medicamento ferruginoso, contra:
ANEMIA, CHLOROSE,
NERVOSIDADE, CONSUMPCÃO.

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

ELIXIR e XAROPE de D. HECQUET
de Sesqui-Bromureto de Ferro.
Deposito: Paris, Montagu, 49, 8^a de Port-Royal,
E EM TODAS AS PHARMACIAS

EMPHYSEMA
DYSPNEA

BRONCHITES
ASTHMA

JODEINE MONTAGU

PILULAS
XAROPE
AMPULLAS
de Bi-Iodureto de Codeina

ANTIDISPNEICO
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.

ACIDOSSES

Foi o titulo da interessante conferencia realisada em São Paulo pelo Prof. Guy Laroche, do «Instituto Franco-Brasileiro da Alta Cultura», em sua ultima estadia naquella Cidade e cujo resumo damos a seguir, pela importancia do assumpto:

«Sob o nome de acidoses, diz o Prof. Laroche, entende-se o apparecimento em excesso no organismo de certas substancias acidas, que não pôdem ser oxydadas.

O sangue em estado normal permite um excesso de base contraria ao acido e de alcalinidade correspondente a uma solução de soda, de um a dois mil.

Este equilibrio entre os acidos e a base é conservado por um mecanismo regulador que impede as variações excessivas; porque se a alcalinidade diminuisse, isto faria parar o phenomeno da vida e produziria a morte do individuo.

Ha duas séries de acidos. Uns que são os precursores da acetona e outros que são os acidos lacticos, provavelmente chlorhydricos, determinando as modificações do equilibrio do acido basico, p. e., entre os doentes atacados de affecções dos rins.

O illustre conferencista declara que vae tratar sómente das acidoses que interessam á formação dos corpos acetonicos.

Normalmente existe um pouco de acetona, sendo que no individuo normal se observam dez e triunta centigrammas e no ar respirado trinta e oitenta centi-

grammas. Estas doses porém são muito fracas. Continuando, diz que será objecto do seu estudo as acidoses dos doentes não diabeticos e dos doentes diabeticos.

A primeira classe, isto é, a dos doentes não diabeticos é uma das mais interessantes. É a acidose do jejum. Individuos existem, que se submettem a um jejum voluntario, outros a um jejum therapeutico e, finalmente, ha outros que se entregam ao jejum por um verdadeiro desvio mental.

Observam-se acidoses em certos jejuns que podem ser longos, 20, 30 e até 40 dias. O que é curioso notar é que a acidose não augmenta progressivamente manifestando, entretanto, depois de alguns dias uma especie de adaptação ao organismo. Por isso é que em geral no 7.º dia o corpo acetónico apresenta um maximo que não pôde ser ultrapassado, podendo verificar-se neste momento a existencia de duas a tres grammas de acetona e doze e dezeseis de acido «oxybutyrique».

Devem se aproximar destas acidoses do jejum os doentes attingidos por affecções que se acompanham da nutrição por iunição, tal como o cancer do esophago e do estomago e estenose do pyloro.

Em seguida, o Prof. Laroche passa a tratar do coma dyspeptico, descripto outróra por Senator e que se explica pelo jejum e pela reabsorção do periodo toxico.

Doença muito curiosa é aquella que se observa nos meninos principalmente de tres a dez annos, entre os neuro-arthriticos e a qual se manifesta por meio de vomitos. Estes vomitos são incessantes, produzidos com violencia, impedindo toda alimentação solida ou liquida. Em tres ou quatro dias o estado geral pôde se tornar muito grave, porque ha uma perda de agua do organismo. Às vezes estes meninos parecem atacados de uma sorte de cholera, apresentando um cheiro de chlo-

reformio e acetonas nas urinas. A duração da crise varia entre quatro, oito, dez e ás vezes até quinze dias. Cessa entretanto em geral bruscamente não ocasionando em regra nenhum accidente. Interessante é o observar-se que durante a crise o figado se torna sensível, doloroso, apresentando signaes hepaticos, urticaria, perturbações dyspepticas, prejudicando o funcionamento do figado.

Encontram-se estes estados hepaticos em outras manifestações clinicas da acidose; assim entre os doentes atingidos de lithiase biliar, «colecistite» cancer e abcesso do figado e principalmente degenerescencias graxosas.

Encontra-se tambem a acidose em todas as acidoses infecciosas com a repercussão hepatica como nas osteomyelites, septicemias, etc.

As acidoses são de grande importancia para os cirurgiões, principalmente quando se trata de doentes de appendicite e colecistite.

Durante a guerra verificaram-se acidoses entre os feridos, o que foi estudado por Wirgth, Crile, Cannon, Pierre, Duval, Clogne e Grigant. Por estes estudos chegou-se á conclusão de que os feridos que apresentavam acidoses morriam immediatamente depois das operações. As pesquisas feitas neste sentido permittiram a descoberta de hemorragias e traumatismo dos musculos. Curioso é o verificar-se a acção do frio em relação ás perturbações hepaticas dos feridos. Transportados para as ambulancias estes feridos, resfriados, logo que eram aquecidos, demonstravam a existencia de acidoses e morriam depois da operação. Observou-se que um rapido aquecimento introduzia na circulação acidos lacticos e veneno de ordem muscular. Para que se combatesse pois esta intoxicação, era preciso que os feridos fossem aquecidos muito lentamente.

São responsáveis por estas acidoses dos soldados da grande guerra, os jejuns frequentes, as más alimentações, o choque nervoso, as emoções.

Estas observações são de grande interesse sobretudo para os cirurgiões, por isso que devem elles, operando um doente do figado, procurar diminuir todas as causas favoraveis ás acidoses, evitando um jejum prolongado reduzindo as emoções, não empregando anestheticos que produzam o frio, como o chloroformio, e operar muito depressa para diminuir as intoxicações.

Nos casos graves emprega-se a anesthesia geral. As acidoses entre os feridos trazem ás vezes symptomas ligeiros, com vomitos, provocando nos casos graves coma e morte subita.

Torna-se pois necessario ao cirurgião moderno, para que tenha uma boa estatistica, lutar contra todas as causas de acidose.

Não se deve esquecer que se observam acidoses entre as mulheres gravidas attingidas de vomitos incoerciveis. Em tal caso porém as acidoses não são a causa da doença, cuja pathogenia é complexa. Tem entretanto sua parte entre os symptomas, podendo-se nos casos graves sustentar que é dessas acidoses que depende o prognostico da doença.

O Prof. Laroche passa depois a uma outra variedade de acidoses correspondente aos diabeticos. Ha duas variedades de diabeticos. Uma, que produzem o assucar não só com os alimentos mas tambem com as proprias substancias do seu organismo. Ahi a acidose é constante e a morte por coma é a regra. A outra classe é a dos diabeticos gordos aos quaes, a acidose corresponde uma aggravação da doença.

As causas que podem provocar ou aggravar são as mesmas para estes dois generos de doença, isto é, a

fadiga physica ou intellectual, o traumatismo, p. e., em cada fractura, as emoções, as simples doenças infecciosas, os furunculos.

As operações cirurgicas devem ser feitas com muito cuidado. As diabetes podem occasionar uma acidose grave e por isso antigamente havia grande receio em abrir-se um abcesso, pois que da falta de regime e tratamento pôde resultar o coma.

Costuma-se dizer que a insulina pôde provocar o coma diabetico. Não é verdade. A insulina é um excelente medicamento. Não produz accidente. Entretanto, sua supressão brutal pôde dar origem a alguma gravidade.

Com effeito, durante os tratamentos por insulina, quando se dá uma alimentação rica em graxas e carne, se se suprime a insulina continuando a dar a carne, verifica-se um excesso de acidose, capaz de produzir a morte rapidamente. Em resumo, o tratamento pela insulina deve ser lembrado pelos medicos.

Os systemas que previnem o medico da acidose entre os diabeticos são o cheiro da respiração, que algumas vezes é sentido, e que permite fazer-lhes immediatamente o diagnostico. É um cheiro de chloroformio, indicando de modo especial a acetona.

O doente sente-se fatigado, acabrunhado e somnolento, não podendo trabalhar. Tem certas perturbações diante dos olhos, vertigens, perde o sabor dos alimentos e ás vezes vomita.

Depois de um periodo mais ou menos longo a doença se agrava e então lhe sobreyem uma dôr hypergastrica. É a respiração periodica de Kursmane.

Sem querer desenhar o quadro clinico do coma diabetico o Prof. Laroche lembra o periodo em que o doente apresenta uma desintração toda especial.

Assignalá entretanto as duas formas mais interessantes no ponto de vista biológico, a saber: a forma nervosa convulsiva e a forma cardíaca. A primeira era considerada antigamente como rara.

Observa ser interessante que nestes casos existam symptomas de uremia, embora hajam formas de coma diabetico, associadas á uremia.

Na forma cardíaca o doente apresenta muitos symptomas, colápsos do coração e ás vezes morte subita por intoxicação do systema nervoso cardíaco.

O diagnostico das acidoses deve ser feito pelo exame das urinas e do sangue.

Nas urinas nota-se um augmento de ammoniaco, duas ou tres grammas para mais. Chama tambem a attenção para o augmento das albuminas, o que tem grande importancia na presença de corpos acetonicos.

Para isso é preciso que se façam reacções especiaes de Lieben, Legal, Gerhardt. As doses são procuradas pela cbimica, podendo se verificar, cinco a dez grammas de acetona e algumas vezes dez a vinte grammas de acido diacético.

Ha um terceiro corpo, o acido «oxybutyrique», que deve ser procurado porque janda sempre parallelo com estes corpos acetonicos. O exame do sangue mostrará a existencia de uma reserva alcalina. Para tal emprega-se o methodo de van Slyke que consiste em dosar com acido carbonico a quantidade de substancia alcalina em reserva no sangue. O prognostico da acidose é variavel conforme o caso. A acidose do jejum é muito benigna; a dos hepaticos e dos feridos, assim como aquella manifestada por vomitos, é mais grave. Existe entretanto nestas diversas gradações de diabete, alguns casos que pódem ser curados facilmente. Como fazel-o? Pergunta o Prof. Laroche, e responde: pela clinica

primeiramente e depois pelos laboratorios, pelas doses dos corpos acetonicos e pela reserva alcalina do sangue.

Trata em seguida das causas da acidose. As materias hydrocarbonicas devem ser deixadas de lado porque é a sua ausencia na alimentação que produz a acidose. São as graxas e as albuminas e principalmente estas que provocam a formação do corpo acetonico.

Os hydrocarbonicos permitem a combustão de graxas e seus acidos, de modo que não ha formação de corpo acetonico.

Nos jejuns com acidose bastam cincoenta ou sessenta grammas hydrocarbonicas para que ella fique em tres ou quatro dias em estado normal.

Os hydrocarbonicos têm, pois, acção anticetogenica.

Antes de terminar sua brilhante conferencia o Prof. Laroche trata da celebre questao da identidade das acidoses. Para uns (Desgres, Lambling), diz o Prof. Laroche, ha identidade para todas as acidoses. Para outros a acidose diabetica provem de causas especiaes. O Prof. Laroche acha em parte verdadeira esta opinião porque entre os diabeticos ha perturbações do metabolismo, albuminas, etc.

Depois de se estender em varias e eruditas considerações sobre o palpitante assumpto, o Prof. Laroche, sempre ouvido com a maior attenção e interesse da culta assistencia, terminou sua brilhante palestra, dizendo que é preciso tratar do doente attingido pela molestia, o mais depressa possivel, applicando-se o medicamento sufficiente para eliminar o periodo toxico.

BOLETIM

DA

Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia

(SESSÃO DO DIA 17 DE JUNHO DE 1928)

Sob a presidencia do Prof. Octavio Torres, secretariado pelos Drs. João Mendonça e Vidal da Cunha, teve logar a 5.^a sessão do anno da Sociedade Medica dos Hospitaes, assistida por crecido numero de medicos e de estudantes de medicina.

Ao expediente, o vice-presidente apresenta tres exemplares encadernados da Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia, offerta que, por seu intermedio, fazia á casa a importante firma Granado & C., por sua filial na Bahia, e relativos aos annos de 1925, 1926 e 1927.

O Prof. Torres agradece, assim como transmite aos collegas a resposta do Instituto Rockefeller, de New-York, ao telegramma de condolencias pela morte do sabio Noguchi, passado pela Sociedade.

Tratamento do cancer da lingua pelo radium. — O Dr. Portella Lima começa a sua communicação por considerar o cancer affecção primitivamente local, em opposição aos que o consideram manifestação tardia de um processo geral primitivo. As observações clinicas e as pesquisas histopathologicas falam em favor da hypothese que sustenta. Se assim não fosse teriamos de negar as curas do mal, em numero incontavel, obtidas pelos recursos habituaes e todos

baseados nessa circumstancia, justamente, de localisação inicial do processo.

Passa a referir-se aos meios de que se soccorre a medicina contra a terrível affecção:—os agentes chimicos, os agentes physicos communs, a cirurgia, os raios X e as substancias radio-activas,—as unicas estas que têm acção electiva sobre a cellula cancerosa, e que abrem á therapeutica horisontes incommensuraveis. Os demais elementos, como a cirurgia e os agentes chimicos, por exemplo, agem indirectamente, comprehendendo na extirpação e na destruição da parte lesada os tecidos são circumvisinhos, e muitas vezes deixando um remanescente de tecidos doentes, ponto de partida de novos accumetimentos morbidos.

Não quer com isto dizer que os raios X e as substancias radio-activas possam sempre resolver os casos por si sós, pois o concurso da cirurgia é tantas vezes inestimavel; mas, não ha negar que as radiações de curto comprimento de onda cabe e caberá cada vez mais papel preponderante na cura do cancer, de par com o conhecimento gradualmente crescente dos tumores malignos, na sua estructura.

O exito do tratamento está na circumstancia feliz da localisação prolongada do cancer. Deve-se agir emquanto é tempo, porque depois da generalisação do morbus, tudo é baldado, assistindo-se impotente a sua evolução até o termo final.

Antes de ler as suas observações occupa-se das localisações ganglionares das neoplasias cancerosas. E' contrario a attitude expectante nos casos de ganglios apenas perceptíveis, como aconselham alguns autores. Deve ser irradiada a zona ganglionar mesmo quando não ha metastase apparente. Os raios X prestam nestes casos valioso auxilio pela area maior que abrangem, com probabilidade de agir sobre toda a região suspeita. Aconselha a cirurgia para os casos de ganglios volumosos, difficilmente accessiveis ás radiações, seguida a ablação do emprego dos raios X ou do radium, introduzindo tubos nas cavidades antes occupadas

pelos ganglios. Se as localizações ganglionares forem mal delimitadas e atingirem varios ganglios ao mesmo tempo encontram os raios X indicação particular; no caso contrario, tem preferencia o radium em applicações externas ou em radiumpunctura. Allude ainda o communicante a radiotherapia profunda e a oportunidade do tratamento, achando uns que o ataque aos ganglios deve anteceder o ataque da lesão inicial, e outros que a conducta deve ser contraria, passíveis ambos os methodos de critica. E accrescenta:—«Sendo a intervenção ganglionar, cirurgica ou radiante, por qualquer dos seus processos, praticada muito antes do tratamento da lesão primaria, as cellulas cancerosas do processo inicial vão encontrar a região correspondente aos ganglios sem defesa, porque elles já não existem, extirpados pela curetagem cirurgica; ou porque tenham diminuida a vitalidade de suas cellulas em consequencia da irradiação, embora correctamente dosada. Além disto, taes cellulas, já irradiadas, poderão tornar-se radio-resistentes, o que aggravará ainda mais as difficuldades. Assim, será muito facil nova propagação da molestia á zona correspondente aos ganglios depois do tratamento preventivo destes».

«Se a intervenção sobre os ganglios se fizer muito tempo depois do tratamento da lesão inicial tambem não serão melhores as probabilidades. A observação clinica nos tem sobejamente demonstrado que, irradiada a lesão inicial, os ganglios que eram ainda imperceptiveis ou quasi tomam para logo proporções maiores, ás vezes, com crescimento excessivamente rapido, a que se seguem a generalisação e a morte. Dá-se o chamado «surto compensador», em que, vencida a lesão cancerosa de actividade dominante, a lesão metastatica ganglionar a substitue, evoluendo rapidamente».

Pensa, pois, que se deva reduzir ao minimo o tempo que medeia entre o ataque da lesão inicial e o das localizações ganglionares. Isto é que é o essencial, sendo indiffe-

rente a ordem em que devem se collocar perante o tratamento os fôcos primitivo e secundario. Até mesmo a aggressão simultanea dos fôcos é aconselhavel, pensa o Dr. Portella.

Passa, em seguida a ler as suas cinco observações de cancer da lingua, com resultados que se ainda não pôde julgar definitivos, são bastante animadores, como poderão os seus collegas averiguar nos doentes que se acham presentes á sessão para isto.

Discussão.—O Prof. A. Maltez apresenta ao orador os seus parabens pelas victorias que vem communicando á Sociedade. Elle mesmo é testemunha de uma cura obtida pelo seu collega em doente que submetera aos seus cuidados, de cancer nasal, sem outro interesse que o da caridade.

O Dr. Vidal da Cunha cita dois casos semelhantes tratados tambem pelo Dr. Portella.

O Prof. Flaviano Silva diz que se trata, effectivamente, de uma poderosa arma para a sciência, esta, que o radium representa. Lembra recente leitura em jornal allemão, de uma série de casos de cancer tratados sem resultados pelos raios X e curados todos por influencia do radio. O methodo das applicações intra-tumoraes tem concorrido muito para estes successos ultimos das substancias radio-activas. Repara que o seu collega, nos seus enthusiasmos pelo radio, trate com certo desprezo os agentes chimicos. Estes entretanto, prestam bons serviços em certos casos, mormente quando se enfrenta o mal em meios privados de custosos recursos, só compativeis com as cidades.

Em apoio do que allega, poderia mostrar photographias de curas pelos agentes chimicos, obtidas nem só no Paraná, onde exerceu a clinica, como aqui mesmo na Bahia.

O Prof. Octavio Torres felicita ao orador e convida os consocios a examinarem os doentes presentes, algumas de cujas lesões offerecem cicatrizes que não dão margem a se esperar pela recidiva, tão regulares e perfeitas se mostram.

O Dr. Portella agradece o interesse despertado pela sua comunicação.

Um caso de eventração post-operatoria.—O Prof. Aristides Maltez não vem fazer uma comunicação, mas apresentar, simplesmente, uma doente operada de laparotomia em sua clinica, no Hospital a qual sobreveio, doze dias após, uma eventração, doente que vae ter alta naquelle instante, não podendo esperar outra occasião para ser apresentada.

A operação consistiu em duas hernias e na ablação de um myoma complicado de adherencias. Em regra, retira os pontos de sutura no oitavo dia após a laparotomia; nas pessoas gordas,—entre o 9.º e o 10.º dia. Nessa doente, prevendo a má qualidade dos tecidos, por signaes que refere, esperou 12 dias. Apesar disto, a sutura se abriu inteiramente, deixando escapar a massa intestinal pois que até o peritoneo fôra solidario com o accidente, abrindo-se tambem, quando é de regra certa tolerancia de sua parte.

Quando teve conhecimento do accidente, já os seus assistentes Drs. Antonio Maltez e Galdino Ribeiro haviam reconstituído a parede do ventre á enferma, limitando-se a indicar vaccinas antipyogenas e uma tregua de tres semanas para a retirada dos pontos. E' o que acaba de ser feito, e como é de habito verificar-se no Hospital, em casos taes a doente sahe nas melhores condições, com a recommendação de voltar, se insistir na eventração. Promettê occupar-se ainda do caso.

O Prof. Octavio Torres agradece a contribuição do seu collega.

Um caso de anthraz da nuca e seu tratamento medico.—O Dr. José Figueiredo apresenta a observação de um caso de anthraz tratado pela vaccina estaphylococcica autogena e

pelo caldo vaccina preparado com estaphylococcus, coroado de exito.

Eil-a na integra:

«A presente communicação que trazemos á esta douta Sociedade refere-se a um «Caso de anthraz da nuca e o seu tratamento medico especifico pelo emprego simultaneo das vaccinas estaphylococcicas», autógenas e do caldo vaccina preparado com estaphylococcus, germen responsavel, como sabemos, por tal infecção.

Resolvemos fazel-a não com o fim de originalidade, entre nós, mas visando, tão sómente, contribuir, de alguma sorte, para o incremento desta therapeutica maravilhosa, alicerçada em bases scientificas indiscutíveis, tendo a reforçal-a a opinião unanime dos que a ella teem recorrido.

Convencidos estamos que muito mais valiosa seria a nossa contribuição se todo material empregado fosse por nós preparado: entretanto, contingencias imperiosas nos obrigaram a lançar mãos de outros recursos mais promptos e deixar de parte o que tinhamos intentado fazer.

O caso que vamos relatar foi observado na pessoa de M. B., viuva, branca, bahiana, com 57 annos de idade, residente no districto de S. Pedro.

Esta senhora gosou sempre de optima saude e no seu passado morbido nada accusava de importante: teve sarampo e catapora na infancia.

Teve 7 filhos, todos vivos e fortes, com boa saude: teve 4 abortos e os partos teve-os sempre naturaes.

A doenca actual começou em princípios de Março do anno presente, quando na região axillar direita lhe appareceu uma serie de pequenos furunculos, trazendo-a bem incommodada. Tratados convenientemente com applicações quentes e pincelagens de tintura de iodo, desappareceram, passando a nossa doente a ter sua vida de costume.

Pouco tempo depois. 15 dias, talvez, começou a sentir, na região lateral direita da nuca, um pequeno ponto doloroso, assemelhando-se a uma espinha, ponto que dia a

dia augmentava de tamanho e exacerbavam-se as dores, trazendo-a em constante desassocego.

Com o fim de resolver o processo inflammatorio usou a nossa doente um emplastro com diachylão. Não conseguiu melhora alguma, antes pelo contrario, sentia difficuldade em movimentar o pescoço, não podia dormir bem, uma ligeira hyperthermia apparecia á noite e as dores eram mais atrozes. No fim de poucos dias accentuaram-se os phenomenos inflammatorios, seguindo-se a suppuração e consequentemente a invasão dos tecidos visinhos, dos ganglios sub-occipitales, parotidianos e sub-maxillares etc.

Um medico foi chamado, que resolveu abrir o foco purulento, fazendo a incisão, á canivete, profunda e crucial.

Houve abundante evacuação de puz, bastante grosso! Pensou a região e como tivesse de viajar para S. Paulo entregou a doente aos cuidados de um collega, joven cirurgião. Este aconselhou pulverisações com phenosalyl, vaccinas Staphylo-Yatren, alternadas, applicações quentes sobre os ganglios inflammados e lavagens do foco com soluto de Hypochlorina.

Com as pulverisações experimentou a doente uma melhora bem notada dos phenomenos dolorosos, tanto assim que reclamava constantemente o seu uso. As vaccinas foram dadas com regularidade e sem que a doente sentisse grandes reacções. Neste interim lembramos a um seu filho os bons resultados obtidos com a thermo-cauterisação, conselho este que não foi seguido.

No entanto, localmente a lesão evolvia. Os ganglios visinhos apresentavam-se unidos, formando um tumor com fluctuação franca: a doente queixava-se de fortes zumbidos no ouvido direito, tal qual a sensação percebida pelo uso do quinino e, facto interessante, para o qual ella chamava sempre a nossa attenção, tinha a bocca de tal modo secca, sem saliva, que de quando em vez tomava um pouco de agua para humidecel-a; a temperatura era alta, oscillando

entre 38,5 e 39 graos, insomnias, perturbações intestinaes.

Estariam aquelles phenomenos ligados a uma compressão do nervo facial em seu trajecto atravez da parotida, compromettendo a innervação do musculo da corda do tympano e do musculo do estribo, que recebem de alguns de seus ramos collateraes a influencia nervosa? Foi a hypothese que achamos mais rasoavel para explicar taes phenomenos.

Foi nestas condições que tomamos contra da doente, isto no dia 23 de Abril proximo passado já com um mez de molestia.

Prescrevemos logo um purgativo salino e pedimos a urina para examinar.

O exame revelou o seguinte: Reacção acida, Densidade 1019, Albumina e Glycose-ausencia. Instituímos lavagens da região com agua oxygenada, conservamos as pulverisações com phenosalyl, injeções diarias de Stannoxil e penso com gaze e pommada de Reclus.

Ao fóco inicial succedeu-se outro mais abaixo, crivado de pontos suppurados, por onde saia o pús facilmente quando, muito delicadamente, expremiamos.

Resolvemos, então, retirar todo o tecido necrosado á thezoura e drenar bem os fócos. A lesão tinha a forma perfeita de um 8.

Cada vez que mudavamos o penso o pús saia em abundancia, tanto no dreno de gaze, como também pela expressão branda.

A doente começou a sentir uma ligeira melhora, tendo a temperatura descido um pouco, variando em 37 e 37,8.

Propuzemos a familia a thermocauterisação, adiantando-lhe o offerecimento generoso distincto cirurgião Dr. Genesis Salles, com quem tinhamos conversado sobre a doente. A' 28 do mesmo mez novo exame de urina fizemos que nos deu o seguinte resultado: Reacção-acida, Densidade-1022, Albumina-ausencia, Glycose-presença.

Diante deste resultado instituímos um regimen adequa-

do, para ver se a glycose era passageira ou permanente. No fim de trez dias de regimen, em 1.º de Maio, repetimos o exame de urina e o resultado, quanto á glycose foi negativo, o que nos levou a crer numa glycosuria alimentar.

Varios exames foram feitos e sempre era ausente a glycose.

Vendo que as melhora era muito pouco accentuadas, pela manhã do dia 2 de Maio retiramos material da lesão, levamos para o Instituto Oswaldo Cruz, onde foi preparada uma vaccina autogena, em 10 ampoulas, e ao mesmo tempo semeado o material em balões com caldo, para a obtenção do filtrato especifico, segundo a technica exigida.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer ao distincto tecnico Lafayette o muito que nos auxiliou na feitura do que acima ficou dito.

Como a doente precisasse de tratamento urgente e o nosso caldo-vaccina levasse bastante tempo para ficar prompto, resolvemos lançar mãos do Immunizol 10 (Caldo-vaccina especifico para estaphylococcus).

Para tal desde a vespera abolimos o tratamento que vinhamos fazendo, lavamos bem a região doente com ether, afim de desembaraçal-a de todo traço de pommada, preparando, dest'arte o terreno para que o Immunizol actuasse directamente sobre as cellulas receptoras da pelle.

No dia 3 começamos a empregar o Immunizol em pensos, repetidos duas vezes ao dia, pela manhã e á tarde, gastando em cada applicação uma ampoula de 10 cc. Toda região era drenada com gaze e Immunizol.

No dia 4 fizemos a primeira injeccão da vaccina autogena (dose 1); não tendo a doente reacção alguma, nem mesmo local.

Nos dias 4, 5 e 6 fizemos tratamento com Immunizol. Já as melhora eram mais animadoras: a temperatura era normal, as insomnias meos frequentes, as dores tinham abrandado e a doente sentia-se mais confortada.

No dia 7 demos a segunda dose da vaccina: houve uma

ligeira reacção local, que cedeu com applicações quentes humidas; renovamos o penso com Immunizol.

A doente só accusava dor no acto de retirar a gaze, pois, já secca repuxava os tecidos doentes.

Nos dias 8 e 9 pensos pelo Immunizol. Melhora grande: o pús diminuiu rapidamente e com elle todos os phenomenos inflammatorios. Havia formação de tecido novo, a lesão era mais superficial e menor, os ganglios desinfiltravam-se, temperatura normal, a doente já sentia o appetite voltar e passava bem a noite.

No dia 10 fizemos a terceira dose da vaccina: a reacção local foi bem forte, penso com Immunizol: a gaze quasi que não trazia mais pús e a lesão mais e mais diminuiu e modificava de aspecto.

Nos dias 11, 12 e 13 insistimos com os pensos, sendo na ultima retirada da gaze frisante a ausencia completa do pús. A ferida estava reduzida a um quasi nada. No dia 14 applicamos a quarta dose da vaccina: houve reacção geral moderada (dor local, calafrios, ligeira hyperthermia etc.). Neste dia, á tarde, suspendemos o tratamento pelo Immunizol, pois não havia a minima parcella de pús.

Continuamos a dar as doses da vaccina nos dias seguintes, sempre de 3 em 3 dias, todas ellas seguidas de reacção geral mais ou menos forte, sendo que na oitava dose a reacção foi muito forte e abateu bastante a doente.

Localmente passamos a usar um pó cicatrisante e pensos com gaze simples e esparadrapo.

No dia 5 deste mez suspendemos todo tratamento.

A cicatriz deixada é muita diminuta, linear e muito pouco visivel.

Eis, pois, em summa, mestres desta Sociedade, o resultado que obtivemos com o emprego destes dois especificos das estaphylococcias, a vaccina autogena e o caldo-vaccina, livrando a nossa doente da sempre mal recebida thermocauterisação, da anesthesia subsequente, nem sempre isenta de perigos, da septicemia ameaçadora, conse-

guindo uma cicatrização perfeita, o que nem sempre se obtém com a thermocauterização.

Ahi fica a nossa modesta e desvaliosa contribuição, esperando que novas opportunitas se nos apresentem para continuar as nossas observações e trazel-as a esta Sociedade».

Discussão. — O Prof. Flaviano Silva refere-se a um caso analogo que tratou pelo filtrato-stock, obtido do seu collega Prof. Agrippino Barbosa.

Este doente ignorava a doença gravissima que soffria, doença reconhecida na mesma occasião em que o procurou em seu consultorio, e que era a lépra.

O Dr. Eduardo Araujo felicita ao communicante e entra em considerações sobre os filtratos especificos e para-especificos, terminando por applaudir o methodo já por si conhecido em sua eficiencia num caso da clinica do seu illustre collega Prof. Edgard Santos.

O Prof. Octavio Torres subscrêve as impressões favoraveis ao methodo.

Um caso de lépra. Considerações sobre as lesões nasaes da lépra. — O Prof. Octavio Torres occupa a attenção da Sociedade com a narrativa de um doente que lhe foi ter ao consultorio, apresentando uma perfuração do sépto nasal, e recém-chegado do interior do Estado, onde tivera accessos febris com caracter palustre e manifestações cutaneas. A syphilis figura em sua historia clinica, mal contrahido precocemente. Tratado ora como palúdico, ora como syphilitico, a lesão do nariz vinha rotulada do lupus ou leishmaniose, conforme a impressão dos seus medicos. Examinado o caso, afastou para logo qualquer destas hypotheses, orientado no diagnostico da lépra pelos estygmata que conseguiu identificar nas mãos, nas orelhas, além das perturbações da sensibilidade notadas no paciente.

Aproveita o ensejo para chamar a atenção dos collegas para a localização nasal da terrível affecção. Em um anno é o terceiro caso que verifica, aliás, todos os tratados como se fôra leishmaniose.

A importancia do reparo está em que, diagnosticada opportunamente, a lépra pôde beneficiar-se da therapeutica, dando uma percentagem de 60 a 70 % de cura. E' a razão pela qual Jeanselme insiste no assumpto, accusando até o coryza chronico de ser manifestação precóce de relativa frequencia na lépra.

Ha, realmente, muita semelhança das lesões leishmanioticas com as leprosas. Está terminando um trabalho em o qual esclarece taes affinidades, podendo aedeantar que a leishmania prefere as cartilagens, a syphilis, — os ossos, e a lépra, — ambas as variedades de tecidos, começando pela eliminação de crôstas para depois da obstrucção nasal infiltrar as cartilagens e perfurar os ossos. Fala na tolerancia do leproso ás explorações internas do nariz, pela insensibilidade peculiar provocada sobre as mucósas, interceptando o reflexo de defesa, e depois de abordar o tratamento pela sapucahina, suggere a pesquisa systematica do bacillo de Hansen nas secreções nasaes de todos os individuos que procuram os serviços clinicos e passíveis de suspeição.

Discussão. — O Prof. Flaviano Silva diz que a lépra é uma affecção que se vae tornando frequente na Bahia, onde, aliás, nenhuma providencia é opposta á sua franca incursão. Fala nas epistaxis de repetição como signal de começo, repetindo com Jeanselme que, nem sempre as deformações do nariz são symptomaticas da syphilis, podendo a lépra ser responsabilizada pelos mesmos maleficios. Por fim refere-se á lépra como perigo social, — mostrando os desastres oriundos do consorcio de um leproso.

O Dr. João Mendonça trata de um caso que enviou ao Prof. Torres, para estudos, e que deixou de ser citado na relação que acabava de ser ouvida.

O Prof. Aristides Novis pergunta ao Prof. Flaviano

Silva se o augmento notado por S. S. na frequencia da lépra na Bahia não correrá por conta menos de uma diffusão verdadeira do mal do que da circumstancia de focalizados, não passarem despercebidos á argucia clinica, —esses outrora despresentidos pela inadvertencia a este respeito? Felicita ao Prof. Torres pelo valor altamente hygienico da sua communicação.

O Dr. Armando Tavares occupa-se de um caso de garra cubital inexplicavel senão pela lépra verificado em uma doente vinda da Estancia (Sergipe) fóco da temivel molestia. Outro caso ainda conhece observado na enfermaria S. Vicente, e rotulado de leishmania, e que resistiu ao tartaro emético e aos agentes anti-syphiliticos, sem nenhum effeito sobre as lesões nasaes. A face do doente era vultuosa, mas o exame do muco nasal foi negativo quanto aos bacillos de Hansen, facto identico ao já observado num doente do Prof. Alexandre Cerqueira, quando trabalhava no Laboratorio do Hospicio S. João de Deus. A respeito da lépra latente cita os trabalhos do Dr. Salvio Mendonça, no Maranhão. Sobre a questão do contagio posta em fóco pelo Prof. Novis, lembra os trabalhos de Lutz negando a transmissão directa da lépra, para só admittil-a por intermedio do mosquito, hypothese que não acceta, preferindo reconhecer o *quid ignotum* que ainda reina no assumpto.

O Dr. Vidal da Cunha allude a dois casos evidentes clinicamente de lépra e negativos ambos á identificação bacillar nas mucosidades do nariz.

O Prof. Octavio Torres agradece o interesse merecido pela sua communicação e accentúa o valor das alterações nasaes como meio de desvendar a lépra em seu inicio. Já houve até quem dissesse que «a lépra entra pelo nariz». E' phenomeno tão frequente o estado latente do mal que Osvaldeni chega a admittir que em torno de cada morphetico gyram cinco outros morpheticos em perspectiva. Os bacillos podem ser albergados sem lesão ganglionar.

Tambem achá que Sergipe é um grande fóco de lépra.

Os casos que apparecem no Hospital são, em regra, daquella procedencia, razão pela qual, em aulas, tem tido occasião de appellar para os seus discipulos sergipanos, fazendo-os intermediarios junto ao governo do Estado nor-tista no sentido de uma providencia que cerceie a tendencia alastradora do mal. Tem observado que o bismutho é de util offeito na cicatrisação das lesões morphticas. E assim termina o Dr. Torres as suas interessantes considerações.



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

REVISTA DAS REVISTAS

The Microbiology of Leprosy Bacillus.—W. J. Kedrowsky.
The J. of (Trop. Med. and Hygiene. N. 2, Vol.
XXXI, 1928, 17).

Declara todos conhecerem o grupo a que pertence o germe da lepra e que nenhum dos methodos propostos para distingui-lo do B. da tuberculose é efficiente. Recorda Deycke que afirma não haver microbiologista capaz de differença-los ao microscopio e que os processos recommendados só são uteis quando se trabalha com material de origem definida. Relata os estudos de Schäffer para averiguação das lesões encontradas por Arning nos órgãos internos de individuos mortos de lepra. Schäffer não pode concluir tendo em vista o character das lesões e assim o assumpto continua aberto.

Chama attenção para o facto, muitas vezes despercebido, de que nos lepromas encontram-se microbios semelhantes ao da lepra, porem, que não são acido-resistentes e que tomam a coloração azul de contraste. Unna e Hermann fizeram taes reparos e outros registaram o mesmo facto. E, pergunta: Que são estes germes não acido-resistentes? Serão B. da lepra que perderam sua acido-resistencia ou serão germes estranhos?

Cita Babes que pensou nas possibilidades da contaminação dos lepromas por diptheroides (1887). Fez as mesmas verificações mencionando o trabalho de Mc Coy (1914) que isolou de lepromas germes diptheroides parcialmente acido-resistentes e parcialmente não acido-resis-

tentes, duvidando elle mesmo dos resultados, isto é, se se tratava ou não de verdadeiro B. da lepra.

Compara com o que se observa em culturas de B. da tuberculose onde os elementos não acido-resistentes, muitas vezes, estão presentes sem que haja contaminação; com o que se nota nas lesões tuberculosas onde germes não resistentes podem ser vistos, e finalmente, lembra ser difficil dar explicação para a penetração de tal germe diptheroide atravez da pelle para ir ter ao leproma não ulcerado, separado da superficie externa por espessa camada de tecidos sãos.

Toma o trabalho de Rogers e Muir que analisa os achados de 25 autores e onde estão os germes por elles estudados em 4 grupos: 1) Diptheroides 2) Culturas de chromogeneos acido-resistentes; 3) Culturas de não chromogeneos acido-resistentes; 4) Bacillos anaerobios.

Pondo de lado o ultimo grupo, acceita os outros tres como componentes de uma classe que possui alguns pontos de contacto entre si.

Mostra que a propriedade de formar pigmento é muito variavel, e que, assim, pela morphologia, os microbios acido-resistentes poderão ser collocados no mesmo grupo dos diptheroides. Desse modo, os 3 grupos de Rogers e Muir, ficariam reduzidos a um. Tambem refere que a propriedade acido-resistente é susceptivel de ser perdida pelo B. da tuberculose quando cultivado em meios alcalinizados fortemente.

Relata ter Bulkin isolado germes similares de lesões leprosas internas e relembra experiencias que fez em 1910 com diptheroides não acido-resistentes transformaveis em typos acido-resistentes pela inoculação a cobaios e a coelhos e ulteriormente isolados em cultura pura.

Accrescenta que ha certa uniformidade na classificação dos germes isolados de lepromas como membros do grupo dos diptheroides, o que, em vez de levar a pensar em conta-

minação, deve fazer aceitar como verdadeiras as conclusões a que chegaram.

Haverá alguma relação entre os fungos pertencentes ao grupo dos actinomyceos e streptothriceas cultivados por Deycke e Reschad, Williams, Ross, Kedrowsky?

Lembra as pesquisas de Metchnikoff com o B. da tuberculose aviária em que ficaram demonstradas formas ramificadas do germe, cita as de Spring que observou apparencia de mycelio em culturas velhas de diptheroides, e as de Brulowa que conseguiu mudar em mycelio os diptheroides sob a acção das emanções do radio. De outro lado refere que actinomyces pode mostrar-se com o aspecto de bastonetes diptheroides.

Beauchamp conseguiu transformar o fungo que isolou de lepromas em B. diptheroides parcialmente acido-resistentes, cultivando-os em meios liquidos, particularmente em leite. De seu lado, o Autor notou que culturas de actinomyces, de alguns meses, transplantadas para meios novos perdiam na terceira, e ás vezes na segunda geração, o caracter inicial apresentando exclusivamente elementos bastonoides, em parte ramificados, muito semelhantes aos diptheroides.

Estuda as variações do aspecto cultural de varios germes acido-resistentes (Tuberculose humana, bovina e aviária, B. da lepra, alguns paratuberculosos saprophytas) descrevendo as características macroscopicas e refere as formas vistas ao microscopio, a instabilidade da acido-resistencia e, finalmente, a forma dos germes de colonias de typo especial em agar commum (lepra e tub. aviária) quase todos ramificados retendo a fuchsina parcialmente.

Estas observações mostrariam que germes deste grupo mantidos nas condições habituaes de laboratorio e transplantados para meios desfavoraveis apresentariam desvios consideraveis do desenvolvimento e do typo normaes, perdendo ainda a qualidade acido-resistente.

É possível, diz o Autor, esses desvios se tornem definitivos e que culturas de germes não acido-resistentes venham

a ser obtidas. Menciona o facto de ter o paratuberculoso Tobler II perdido desde alguns mēses a propriedade de resistir á descoloração pelos acidos.

Estuda as formas que chamou de «formas de Metchnikoff» que se coram parcialmente em vermelho, reputando o assumpto muito mais complicado.

Cita pesquisas ineditas de Platonov que plantando culturas homogeneisadas de B. tuberculose em caldo sem peptona encontrou lado a lado bastonetes acido-resistentes e formas não acido-resistentes. Passando-as para agar comum e glicerizada verificou que ao lado dos typos resistentes aos acidos havia não resistentes e que eram colonias de actinomyces.

Diz que o seu trabalho ainda não está completo e que o germe da lepra, como o da tuberculose, pertence ao grupo dos actinomyces ou ao dos streptothrix.

E. A.

Infeção urinaria e diagnostico da tuberculose pulmonar. —

Pelos Drs. A. Courcoux e P. Hauduroy. (Paris Medico, 7 de Janeiro de 1928).

A heliotherapia tem ultimamente feito grandes progressos e levado á cura casos de tuberculose que talvez sem ella teriam sido fataes.

Por isso fazem os A. A. um estudo historico dos successos obtidos de 1901 para cá, lançando mão desse meio therapeutico. Citam varias observações de outros autores, que provam a efficacia desse meio de tratamento. Mostram que actualmente a technica já se acha bastante aperfeiçoada, relembrando os nomes dos primeiros adeptos de tal methodo therapeutico, para que os de hoje lhes rendam as devidas homenagens. Emprestando a Pascal o

merito de ter introduzido em medicina a heliotherapia total, isto é, a applicação dos raios solares a todo o corpo, e não somente á parte doente.

Filiam-se os A. A. ao methodo de Rollier que consiste no augmento progressivo da duração do banho solar e da superficie a expôr. Nos tuberculosos pulmonares, preconizam a prudencia nos banhos solares, só expondo o thorax, no decimo quinto dia de tratamento.

Nas tuberculoses externas não é preciso porem tanta prudencia. Lembram os A. A. que os tuberculosos pulmonares são muito mais fracos que os tuberculosos ditos «cirurgicos» e por isso aconselham maior cuidado no tratamento.

Nos tuberculosos pulmonares tambem os resultados são mais demorados, devido á extrema mobilidade dos pulmões, cujas lesões soffrem muito pela continuidade da função respiratoria.

Citam os A. A. varias estatisticas que bem demonstram o valor da heliotherapia na tuberculose.

Nos pretuberculosos e tuberculosos de 1.º grau os resultados são magnificos.

Fallando do receio de certos medicos em usar a heliotherapia nos casos de tuberculose aberta, dizem os A. A. tel-a empregado em individuos portadores de lesões excavadas, não observando nenhuma evolução grave nem hemoptyse alarmante. Segundo as suas observações, sobre 83 casos de individuos com tuberculose aberta, dizem os A. A. que 52 p. 100 obtiveram melhoras definitivas, 43 p. 100 melhoras transitorias e 5 p. 100 insuccesso completo.

Acham os A. A. que quanto mais cedo se fizer a heliotherapia mais bellos serão os resultados. Consideram as formas pleuraes, cortico-pleuraes e ganglionares, as melhormente curaveis pela luz solar.

Contraindicam a heliotherapia nas formas agudas ou sujeitas a surtos de evolução.

Quanto á heliotherapia nos tuberculosos ditos «cirurgicos» dizem os A. A.: «não são mais quasi contestados

hoje os resultados e o banho de sol é tornado classico no tratamento dessas localizações. Quer se tratem de adenit-s, de peritonites, de synovites, tendinosas, de osteo-artrites, ou de qualquer outra manifestação tuberculosa externa, o sol faz maravilha». Emfim estudam os A. A. as diversas radiações da luz solar e seus effeitos, e auguram «magnificas perspectivas» para a heliotherapia. Concluindo dizem os A. A.: «o sol constitue a grande medicação prophylactica da tuberculose. Na creança e no adolescente, a heliotherapia é o complemento natural da gymnastica e da cura ao ar livre».

A. S.

Coloration differentielle des Bacteries et des Chondriosomes.—P.

F. Milovidov. (Arch. Micros., T. XXIV, Fasc. I, 1928, 19).

Rememora os trabalhos de Altmann que Portier cerca de 30 annos depois completou e generalisou comparando os chondriosomas bem conhecidos ás Bacterias. Os chondriosomas seriam microorganismos symbioticos, admittindo-se as idéas de Portier em que todos os seres vivos eram o resultado de associação, de «embottement» de dois seres differentes. As mitochondrias seriam os seus «symbiotos» de extrema plasticidade. Somente as Bacterias seriam seres simples, todos os demais seriam duplos. A doutrina foi vivamente combatida, tendo sido posta de lado a hypothese de Portier. Foram Duesberg e Cowdry, que contemporaneamente conseguiram corar electivamente Bacterias e Chondrioma.

O A. usou como material de pesquisa: pontas de folhas de *Dioscorea*; tuberculos radicaes de Tremoço e tuberculos de raizes de *Caramichaelia*. Como fixadores usou L. V de Némec e para a coloração o methodo de Küll modificado por Volkonsky dando a technica detalhadamente.

Conclue dizendo que é possível fazer a coloração diferencial das Bacterias symbioticas e dos chondriosomas e determinar a deformação do chondrioma sem alterar as Bacterias; é possível obter unicamente o chondrioma, decolorando as Bacterias por diferenciação; entretanto, não é possível corar somente as Bacterias; é possível no Tremoço verificar o comportamento das mitochondrias e das Bacterias durante a divisão nuclear; é possível observar diferenças frisantes entre a forma e a estrutura das Bacterias symbiotas e dos elementos do chondrioma. Segue-se bibliographia.

Neutralisation des toxines diphtériques hautement toxiques par le Bacille pyocyanique.—L. Duchon. (C. R. S. B., T. XCIX, 26, 1928m, 777).

Lembra observações feitas em 1926 e a nota actual se refere a factos identicos verificados usando toxinas provenientes de duas amostras altamente toxigenicas do Bacillo americano A 7 e A 8. Semeiando B. pyocyanico nos caldos toxicos notou que enquanto estes perdiam rapidamente a sua acção o caldo não semeiado continuava activo quando inoculado a cobaias. Termina dizendo que os seus resultados são contrarios aos de Zoeller e confirmam que a toxina, qualquer que seja a sua toxicidade é profundamente modificada e tornada completamente atoxica pelo B. pyocyanico.

The Pathology of experimental Yellow Fever in the Macacus rhesus. I. Gross Pathology. N. P. Hudson. (The Am. J. of Path., Vol. IV, N. 5, 1928).

Estuda as lesões produzidas pelo virus Asibi, colhido em um Africano nativo. O relato se baseia nos dados de 68 necroscopias. A transmissão do virus foi feita de varios modos. Dois *Macacus* normaes foram mortos para que se tivesse termo de comparação. Alem disso, varios animaes mortos de doenças naturaes foram examinados, não sendo encontradas lesões que se assemelhassem ás da febre amarella. As observações se referem á ictericia, ao palor, ás hemorrhagias, ao aspecto dos pulmões, do coração, do figado, do baço, dos rins, das suprarenaes, do pancreas, do tubo gastro-intestinal, dos ganglios lymphaticos, da bexiga, dos órgãos genitae, do cerebro e de outras partes. Faz o estudo comparativo do peso dos órgãos dos animaes. Eram principaes lesões a ictericia, as hemmorrhagias e o pallor de varias partes, os disturbios do figado, dos rins e do baço. Enquanto a ictericia e as hemorrhagias variavam em frequencia e grau, o aspecto do figado e dos rins eram constantes. O aspecto do figado era vitreo e gorduroso, geralmente anemiado, o baço era congesto e os rins com degeneração aguda.

The Pathology of experimental Yellow Fever in the Macacus rhesus. II. Microscopic Pathology. N. P. Hudson (The Am. J. of Path. Vol. IV, 5, 1928?)

Basea as suas conclusões no estudos de tecidos de 30 *M. rhesus* experimentalmente inoculados com o virus Asibi. A transmissão da doença foi feita por varios processos. Como termo de comparação usou material de dois animaes aparentemente normaes e de diversos outros

victimados por causas naturaes. A fixação dos tecidos foi feita em formal a 10% e em Zenker e as colorações em hematoxylina-eosina e algumas vezes em van Gieson e Giemsa. Para gordura cortes por congelação corados por scarlate. Estuda logo as lesões do figado dizendo que elle fornece modificações constantes e extensas mostrando principalmente degeneração gordurosa e necrose. Descreve minuciosamente as lesões degenerativas do cytoplasma e menciona as alterações nucleares onde são presentes pequenas granulações vermelhas, em cerca de 50%; ainda refere nucleos com granulos redondos intensamente acidophilos. O nucleo desaparece nas cellulas necróticas por lyse e caryorrhexe. Não viu mitoses. A extensão da necrose e da necrobiose no lobulo só é constante para a zona media; o grau varia ligeiramente. Em nenhum caso a necrose foi encontrada exclusivamente na parte periporta ou na central. Sinusoides facilmente distinguíveis. Espaços porta com infiltração. Leucocytos polynucleares foram vistos nos sinusoides e raramente em focos no meio do tecido necrosado. A sua ausencia na maioria dos especimes indica que não constituem parte essencial do processo. Nos rins estuda a localização da gordura no epithelio tubular e refere a sua ausencia nos glomerulos. Como lesões degenerativas indica intumescimento, estrutura granular e acidophilia. Nucleos mais ou menos bem conservados, embora raros se mostrassem picroticos. Não ha cellulas inflammatorias; a congestão não é accentuada; não verificou hemorragias e hemacias dentro da alma dos tubos. Os tubos da casca e da medulla contém residuos granulares; ha cylindros hyalinos nos tubos rectos e nos collectores em cerca de 50% dos casos e em alguns estão francamente corados pela bile. Em seis animaes viu materia corada pela hematoxylina nos tubos collectores e menor numero de vezes nos tubos contornados. Fez pesquisas e conclue admittindo que sejam depositos calcareos. Parece que a origem destes depositos seja a degeneração do

epithelio dos tubos collectores dentro do qual descobriu substancia analogá, alem de existir o mesmo deposito na orla dos mesmos tubos seja dentro, ou na superficie de cellulas e necroticas ou em logares onde o epithelio está inteiramente ausente. Aponta a degeneração gordurosa constante das fibras do coração. Nota no baço congestão, diminuição dos lymphocytos e lymphoblastas, necrose dos nodulos lymphaticos e notavel reacção do endothelio nos folliculos e na polpa. Ha gordura nas areas de necrose e nas cellulas endotheliaes dos folliculos e da polpa. Ganglios lymphaticos com necrose e actividade do endothelio. Pulmão e estomago com hemorragias recentes. Nas supra-renaes necrose e infiltração polynuclear; hemorragias não são frequentes. Cerebro, pancreas e musculos voluntarios parece não mostrarem lesões de importancia. Não encontrou bacterias, leptospiras ou espirochetas. As lesões traduzem uma intoxicação severa; localisação de virus não foi descoberta.

The Pathology of experimental Yellow Fever in the Macacus rhesus. III. Comparison with the pathology of Yellow Fever in Man. (The Am. J. of Path., Vol. IV, 5, 1928, 419).

No presente estudo o A. faz no principio a comparação entre as lesões observadas macroscopicamente no homem e no macaco, mostrando-lhes as semelhanças. Ictericia, hemorragias, vomito negro, pallor e degeneração gordurosa aguda do parenchyma renal, congestão esplenica, disturbios urinaes e necrose e degeneração gordurosa do figado. Embora existissem variantes de gráo e de diffusão qualitativamente o parallelismo é frizante. Do ponto de vista microscopico as lesões são do mesmo typo que as humanas. A necrose das supra-renaes sendo rara no homem

é relativamente commum no Macaco. Não ha infiltrações cellulares em torno aos fôcos de hemorrhagia nem nos de degeneração. No figado, polymorphonuclearesse leucocytos de typo endothelial são usualmente visto no *rhesus* emquanto são raros no homem. Quanto ás hemorrhagias e á congestão parece que ellas sejam mais frequentes e extensas no figado, nos pulmões e na mucosa gastrica nos casos humanos; são semelhantes, entretanto, por serem focaes. Termina mostrando, caso o *Macacus rhesus* se mostre regularmente susceptivel ao virus da febre amarella, o valor que terá a inoculação com o sangue suspeito.

Myocardial degenerations in Yellow Fever. D. E. Cannell.
(The Am. J. of Path., Vol. IV, 5, 1928, 431).

Diz que embora a natureza e a produção da toxina amarillica estejam inteiramente desconhecidas, não resta duvidas entretanto que os órgãos mais lesados são o figado, o coração e os rins. Passa em revista diversos symptomas e manifestações apresentadas pelos doentes deixando ver que nos amarellentos uremicos é difficil separar o que é devido á suppressão da secreção urinaria daquillo que é devido á toxemia intensa e aos disturbios do coração. Diz que o effeito da toxina sobre o coração se faz por tres modos: dilatação, obscurecimento dos tons e disturbios no pulso. O signal de Faget (desequilibrio esphygmothermico) é facto notorio. Cita Rocha Lima, Otto e Neumann, Sodré e Couto, Seidelin, Noguchi, Marchox e Simond, Aitken, Connal. Estudando especialmente material de 29 casos humanos e os corações de 9 *M. rhesus* infectados experimentalmente com o virus amarillico, começa dizendo que ha duas feições constantes a fragmentação e a degeneração granular do myocardio. Em alguns casos estas lesões eram discretas porem nos mais severos as fibras estavam

tumefeitas, corando-se pallidamente e sem estriações transversaes. Havia, quanto aos nucleos, alterações de forma, de tamanho e de qualidades tinctoriaes. Menciona algumas hemorragias punctiformes; a congestão não é frequente, nem accentuada. Somente em dois casos pensa que a infiltração inflammatoria podia ser tida como resposta a degeneração myocardica; num caso o exudato era constituido por Mononucleares, lymphocytos, plasmocytos e cellulas endotheliaes, e no outro particularmente polymorphonucleares nas areas em que a degeneração era muito accentuada. A degeneração vacuolar, vista poucas vezes com fragmentação parece ligada a transformações *post-mortem*. Relata o observado nos cortes por congelação onde a gordura se localisa de preferencia na vizinhança do nucleo. Com azul de Nilo a gordura mostrou-se ora vermelha, ora azul. Nas pesquisas que fez com o feixe de His nenhuma conclusão poude tirar.

No coração de *rhesus* notou degeneração gordurosa, tumefacção turva e degeneração granular, modificações do nucleo, congestão foram communs; hemorragias, inflammção, areas de degeneração hyalina foram raros. Estuda comparativamente as lesões encontradas no homem com as do *M. rhesus* e passa ás conclusões onde termina afirmando que tanto num como no outro ellas são essencialmente as mesmas, muito embora não bastem por si sós para a diagnose de febre amarella.

E. A.

Garadinder Sanyal. (Calcutá Med. Journal)—La fadiga visual, seu effeito sobre o sentido luminoso

O A. faz salientar que os esforços de visão devidos aos vícios da refração não corrigidos, ou mal corrigidos, tem muitas vezes causa nas perturbações do systema nervoso geral.

Estudando ao photometro a sensibilidade retiniana á luz, verificou casos de fadiga visual com cephaléa, hypertomia, etc., parecendo-lhe poder attribuir-se a phenomenos vaso-motores da retina ou da choroide.

Como conclusão admite o A. que a corrupção da anomalia não deve ser exacta e nem unica para o tratamento, devendo juntar-se-lhe tonicos geraes, massagem, repouso, etc.

Zeitschrift für Augenheilkunde. Vol. 58—Problemas concernentes aos movimentos verticaes dos olhos—por *Marburg.*

O A. pensa depender os movimentos de elevação e de abaixamento dos globos oculares de um systema de fibras supranucleares, da mesma forma que para os movimentos lateraes. Taes fibras provêm sobretudo do nucleo de Deiters, enquanto que a divergencia vertical de Hertwig Magendie nenhuma relação directa tem com a região desse nucleo.

A coincidência por vezes observada das paralyrias da elevação com as dos movimentos levogyros permite supor que o feixe longitudinal posterior esquerdo commanda o olhar para a esquerda e para cima; o feixe longitudinal posterior direito contem fibras destroyras e elevadoras.

A topographia das fibras opticas no chiasma. Pag. 135
por *Wilbrand.*

O A. estuda numerosos casos de atrophia do nervo optico monolateraes, nos quaes todas as fibras tinham sido attingidas. O auctor reconstitue a principio o feixe directo

por meio de cortes frontaes e horizontaes, e em seguida com a mesma technica o feixe cruzado, concluindo pela existencia de uma regra absoluta e precisa para o cruzamento das differentes fibras, em todas as raças humanas.

C. A.

Belin et Houillon—*Vaccination anticaphteuse avec les complexes vaccino aphteux stérilisés*. C. R. S. B., T. XCIX, 29, 1928, 1194.

Inoculam ao vitello simultaneamente virus aphtoso e virus vaccinal. Esterilizam os complexos pelo calor a 60 grãos ou pelo sol, iodo-iodurada a 2:100. Injectam a cada bovideo adulto, por via hypodermica 20 cgrs. de polpa esterilizada e depois 40 cgrs. com 7 a 10 dias de intervallo. Procuram experimentar com uma só dose de 50 cgrs. Nunca nenhum bovideo vaccinado contrahiu a molestia.

Belin—*De l'utilisation des complexes vaccino-aphteux stérilisés en milieux contaminés*. C. R. S. B., T. XCIX, 30, 1928, 1291.

Mostra que a vaccinação é sem perigo em meio contaminado. Verifica que a immuidade apparece alguns dias após a vaccinação e que parece se estabelecer progressivamente, sendo então utilisavel, assim, pelos animaes nas condições naturaes de infecção.

Belin—*Conditions permettant l'obtention de l'immunité anti-aphteuse après inoculation des complexes vaccino-aphteux stérilisés.* C. R. S. B., T. XCIX, 32, 1928, 1469.

Verificou que os virus de varias provincias não produzem immuidade cruzada. A pluralidade do virus aphtoso, evidenciada por outros anteriormente, mostra a necessidade de usar vaccinas polyvalentes ou o virus da propria região transformada em complexo-vaccino aphtoso immediatamente.

E. A.



PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

- La Crónica Médica*, Lima Perú, Janeiro e Fevereiro de 1928.
Revista Sud Americana de Endocrinologia, Immunologia e Quimiorapia, Buenos-Aires—15 de Maio e 15 Junho de 1928.
Le Nord Médical, Lille França, 1.º Junho de 1928.
Vida Nueva, Habana-Cuba, n. 5—1928.
Revue Gynécologique, Obstétricale et Pédiatrique, Paris—Abril e Maio de 1928.
Gazeta dos Clínicos e dos Hospitais—Maio de 1928.
Paris Medical, ns. 21 e 22—1928.
La Prensa Médica Argentina—10 e 20 de Junho de 1928.
Bulletins et Mémoires de la Soc. des Chirurgiens de Paris, Séance 18—V—1928.
Long Island Medical Journal, ns. 4 e 5—1928.
La Semana Médica, Buenos-Aires, ns. 23, 24, 25 e 26—1928.
Bulletin of the New York Academy of Medicine—Maio e Junho de 1928.
La Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini, Roma—Março e Abril de 1928.
Jornal dos Clínicos, S. Paulo, n. 10—1928.
-

BIOPHORINE
GIRARD

KOLA GLYCERO-PHOSPHATADA
NEVROSIS. ANEMIA CEREBRAL. VERTIGEM
A. GIRARD, 48, Rue d'Alsia, PARIS (FRANCE)
Depositario: FERREIRA, 165, Rua dos Andradas, RIO DE JANEIRO