

*Úlceras  
gastro-duodenales*

**LAROSTIDINE**

**ROCHE**

5 CC  
4%

The advertisement features a central illustration of a hand pointing upwards towards a tilted rectangular box. The box is labeled 'LAROSTIDINE' in large, bold, sans-serif capital letters. Below the box, a syringe is shown, with its plunger partially inserted. The syringe barrel is labeled '5 CC' and '4%'. The brand name 'ROCHE' is written in large, bold, sans-serif capital letters at the bottom right of the illustration. The entire scene is enclosed in a simple black rectangular border.

PRODUCTOS "ROCHE" S. A. — RUA EVARISTO DA VEIGA, 101 — RIO



SALICILATO DE BISMUTHO  
**TRIBI**  
 CARBONATO DE BISMUTHO

Um ciclo perfeito  
 de absorção e de  
 eliminação;

Uma ação equi-  
 librada e cons-  
 tante;

Em doses tera-  
 peuticamente efi-  
 cazes.

Cx. 6 amps. de 3 cc

Tipo: { Fraco: 75 mmgrs.  
 de Bi-Metal  
 Forte: 150 mmgrs.

# Revista de Medicina

PUBLICAÇÃO MENSAL DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DO CENTRO ACADÊMICO "OSWALDO CRUZ" DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FUNDADA EM 1916

Diretor: ATILIO ZELANTE FLOSI

Redator-Chefe: DOMINGOS QUIRINO FERREIRA NETO

Redator: MANOEL MENDES

ADMINISTRAÇÃO E REDAÇÃO: AV. DR. ARNALDO N.º 1

---

---

VOLUME XXV

MAIO DE 1941

NUM. 89

---

---

## SUMÁRIO

Do exame clinico geral em urologia — Carlos de Moraes Barros .....	7
Reações de tuberculina — sua interpretação, seu valor no diagnostico da tuberculose — Dr. Homero Silveira .....	29
Atualidades:	
O sistema reticulo-endotelial e a imunidade no paludismo — .....	53
A malaria perniciosa nas crianças .....	55
Sintese bibliografica .....	59
Noticiario:	
Curso de endocrinologia em Campinas .....	62
Pareceres das comissões julgadoras dos premios Nicolau Baruel, Enjolras Vampré, e Etheocles Gomes .....	64

# AVISO

*A REVISTA DE MEDICINA, publicação do Departamento Científico do Centro Acadêmico “Oswaldo Cruz”, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, vem trazer ao conhecimento do comércio e do público em geral, que vários indivíduos, angariadores profissionais, intitulando-se acadêmicos de medicina, andam solicitando donativos.*

*Tais indivíduos não estão ligados à Revista de Medicina ou ao Centro Acadêmico “Oswaldo Cruz” representativo da Faculdade de Medicina.*

*Os elementos que trabalham para a Revista de Medicina têm adequada autorização e documentos que permitem a angariação de anúncios e assinaturas.*

*A Revista de Medicina nunca solicitou donativos.*

*Roga-se, pois, às pessoas que foram procuradas por tais indivíduos que os denunciem como impostores.*

DEPARTAMENTO CIENTIFICO

II CONGRESSO  
MEDICO-ESTUDANTINO  
DE  
S. PAULO

SETEMBRO 1941

SESSÕES DE

ANATOMIA — QUIMICA FISIOLÓGICA — PARASITOLOGIA — HISTOLOGIA — EMBRIOLOGIA — FISILOGIA — MICROBIOLOGIA — FARMACOLOGIA — ANATOMIA PATOLOGICA — TECNICA CIRURGICA — FISICA BIOLOGICA — CLINICA MEDICA — CLINICA CIRURGICA — DERMATOLOGIA — OTO-RINO — LARINGOLOGIA — UROLOGIA — HIGIENE — MEDICINA LEGAL — TERAPEUTICA CLINICA — OFTALMOLOGIA — OBSTETRICIA — PEDIATRIA — GINECOLOGIA — NEUROLOGIA — PSIQUIATRIA — ORTOPEDIA — HISTORIA DA MEDICINA.

O DEPARTAMENTO CIENTIFICO

*PATROCINARÁ*

CURSOS PARA MÉDICOS E ESTUDANTES

SÔBRE

Abdomen Agudo

★

Concepções Atuais da Endocrinologia

★

Problemas Psicologicos e Psicopatologicos  
Contemporaneos

★

ESSES CURSOS SERÃO MINISTRADOS POR ILUSTRES  
PROFESSORES NACIONAIS E ESTRANGEIROS.

★

INFORMAÇÕES COM OS DIRETORES DO  
DEPARTAMENTO CIENTIFICO

**INSTITUTO PINHEIROS**  
 BACTERIOLOGIA  
 IMUNOLOGIA-QUÍMICA  
 SERVIÇO ANTIRRABICO  
 RUA TEODORO SAMPAIO N.º 1860 (Esquina de Fradique Coutinho)  
 CAIXA POSTAL, 951  
 SÃO PAULO  
 Direção dos Drs. EDUARDO VAZ e MARIO PEREIRA  
 END. TELEGR. LUZITA Telefones: 8.2121  
 8.2122

**Panteina**  
**Pinheiros**  
 ANTI-INFECCIOSO

*Heterobacterioterapia  
 por lise parcial de cocos,  
 difteróides,  
 capsulados.*



**Panteina**

**Panteina**

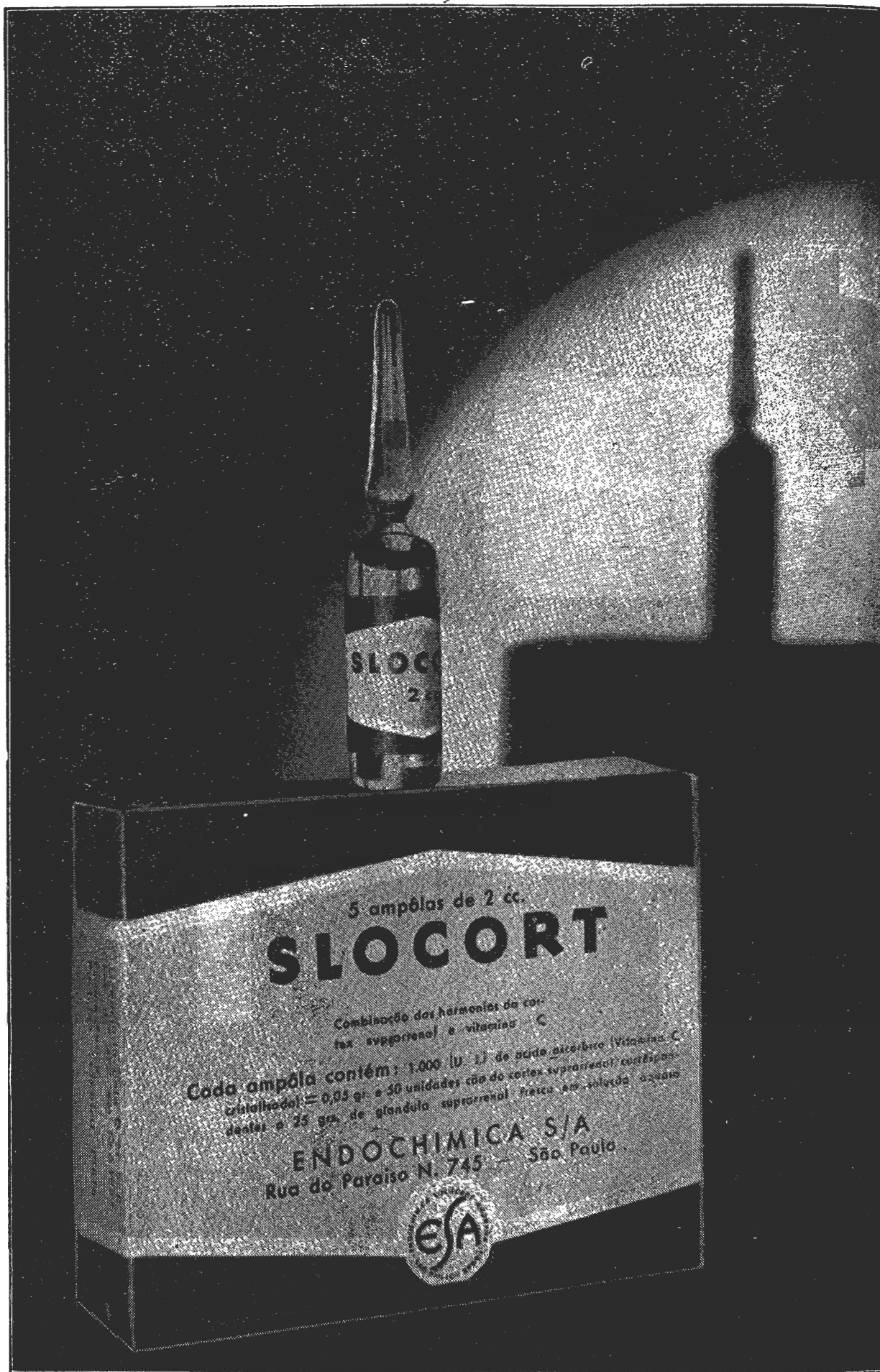
**Panteina**

*Gripe, pneumonia,  
 infecções da  
 garganta,  
 estados septicêmicos.*

*infecções  
 em  
 geral.*

*1-2 ampôlas por dia,  
 a juízo clínico,  
 em injeção subcutânea.*

*Para criança - Caixa de 3 ampôlas de 1 c.c.  
 Para adulto - Caixa de 3 ampôlas de 2 c.c.*





## DO EXAME CLINICO GERAL EM UROLOGIA

(SETIMO PONTO DA PARTE GERAL DO PROGRAMA DA CADEIRA DE CLINICA UROLOGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO)  
Serviço do Professor LUCIANO GUALBERTO

**CARLOS DE MORAES BARROS**

(2.º assistente)

O conceito da unidade organica em medicina implica, mesmo dentro das especialidades como a Clinica Urológica, preliminarmente um estudo clinico geral. Nem doutra forma se poderia conhecer o individuo são ou doente se o organismo é um todo indivisivel impossivel de parcelar para estudar separadamente um sistema ou orgão sem considerar suas correlações com o todo num perfeito conhecimento do conjunto anatomico e funcional. O maravilhoso trabalho de CARREL "O homem, o desconhecido" vem culminar o periodo unitarista da medicina após a larga especialização em que esteve por muitos anos, isolados os especialistas, como que em compartimentos estanques dentro dos sistemas e aparelhos integrantes das suas secções. Hoje o especialista é antes de tudo um clinico geral. E' de fazer-se justiça, entretanto, a especialização que redundou num maior conhecimento do detalhe a beneficio do todo que ora de novo se corporifica.

Passada que foi, tambem, a era pasteuriana em que mais se fasia medicina estudando o microbio do que o organismo humano aparece novamente no terreno da ciencia medica a concepção hipocratica unicista e de novo se consideram as predominancias deste ou daquele temperamento individual como capaz de reagir diferentemente em face das doenças. Não existem doenças mas doentes, organismos que diversamente se comportam perante as agressões a que se espoem. Daí o valor dado em nossos dias ao estudo da biotipologia que as escolas alemã, francesa e italiana reuniram em doutrina com PENDE modernamente a frente como maior autoridade pelos seus trabalhos e estudos.

Tendo em vista essas noções capitais é que se inscreve em nosso programa "Do exame clinico geral em Urologia". Exame clinico cuidadoso, acurado, compreendendo desde a anamnése a mais perfeita (qualificativos, historico dos antepassados e historico do doente até o momento da queixa atual) ás minucias do exame propedeutico geral.

A formação do especialista subordina-se em qualquer terreno a formação do clínico e do cirurgião. A propedeutica dita urológica cujo estudo se fará meticolosamente na sequência do curso, em aulas práticas, só o é nos detalhes e na riqueza de instrumental e material que a arte de explorar o doente fornece ao observador. Cabe ao médico evitar quanto possível os erros de observação, de experimentação e de interpretação que falseiam os dados de diagnóstico, prognóstico e tratamento. É só o contanto diário com o doente que dá e aprimora a experiência clínica pessoal e proporcionará amanhã o que se chama "intuição médica" única capaz de minorar erros com o conhecimento dos sinais ou sintomas, sua importância e significação. Erros, se são frequentes é justamente por que na sua maioria promanam da característica dos elementos intuitivos porquanto grande parte dos dados semiológicos que se reúnem tanto com a inspeção, percussão, palpação como ausculta sujeitam-se quasi que unicamente a juízo intuitivo.

Nesta mesma ordem de ideias e ainda mais e principalmente no Brasil onde poucos são os grandes centros e o sertão, de minguados recursos, predomina, devem os médicos concluir os seus cursos dentro de espírito eminentemente clínico. MACKENZIE, ha 20 anos passados, já escrevia na Inglaterra combatendo a sujeição da clínica aos exames complementares. Aquele mestre da propedeutica universal batia-se desde então pela reabilitação do exame clínico que deve orientar e encaminhar o diagnóstico a ser secundariamente confirmado ou infirmado pelos exames ditos complementares como os de laboratório, radiológicos e outros. O nosso Brasil precisa de médicos clínicos antes de tudo, capazes de interpretar sintomas e avaliar da marcha variada e caprichosa das doenças mesmo independentemente dos preciosos recursos complementares para, em qualquer recanto longínquo deste vasto e maravilhoso paiz, poderem acertar algumas vezes no prognóstico, fazendo obra útil aos doentes orientando-os para o tratamento mais eficiente.

O exame clínico geral deve obedecer a normas estabelecidas para que a rotina faça o hábito e os dados colhidos na anamnese e no exame físico venham progressivamente esclarecer o observador e encaminhar o seu espírito para um diagnóstico presuntivo. Não estamos mais na época das lesões anatomo-patológicas irremediáveis mas, preponderantemente em urologia, os recursos científicos vêm criando uma era em que o diagnóstico será possível muito mais precocemente, isto é, antes mesmo de se assestarem as alterações orgânicas, numa fase em que só a função está perturbada. Nesse objetivo é que devem todos os trabalhadores da medicina se orientar porque só diagnosticando cedo pôde o médico fazer obra útil ao doente. Outro não é o objetivo geral da medicina que terá culminado o seu ideal em todos os séculos quando chegar a higiene. Para tanto deve o médico pesquisar os sinais subjetivos referidos pelo doente e não esperar que o diagnóstico lhe fira os olhos com lesões orgânicas já então difíceis ou impossíveis de remediar. É o momento de fazer medicina fisiológica. Em urologia tão

esmerados são os meios e processos de investigação propedeutica que podemos dizer estar este ramo da medicina na sua fase fisiologica.

LICHTENBERG criando a patologia de sistema e a seguir a urografia de eliminação deu a esta especialidade o impulso que a fez culminar nesse desideratum.

Para perfeita interpretação de sintomas quer objetivos quer subjetivos é indispensavel o conhecimento dos reflexos e da complexidade dos seus arcos desde o mais simples (hipersensibilidade cutanea) aos mais complicados e associados (vicero-motores). Sem nos demorarmos no seu estudo que o curso desta Faculdade tão bem proporciona nas suas cadeiras, salientamos a necessidade do completo conhecimento deles como indispensavel ao clinico para, num interrogatorio de doente, retirar o maximo de informações uteis ao diagnostico. E, mais, ainda, importa o conhecimento da patogenia para poder alcançar com segurança a causa morbida. Um exemplo corrente em clinica urologica: individuo idoso com perturbações gastro-intestinaes tipo “dispepsia urinaria”: perda de appetite, sêde pronunciada, digestão difficil, lingua saburrosa, ventre distendido e não raro nevralgias, cainbras e cefaléa, pôde parecer, pela sintomatologia, um doente do transito intestinal quando a causa reside toda na obstrução urinaria que o adenoma ou o tumor da prostata acarretam. E’ a intoxicação urinaria que repercute, nesta fase ultima, em toda a economia e leva o doente a consulta impressionado com os disturbios digestivos e esquecido dos padecimentos urinaes que anteriormente o molestaram e o interrogatoriô inteligente rememora e acentua. No estabelecer a patogenia que resalta a correlação organica tanto da anatomia como da fisiologia patologicas o clinico está realizando obra de encadeamento, de integração, de unidade. Esta do exemplo citado se refere a repercussão de lesão do trato urinario na economia geral, principalmente no aparelho gastro intestinal. O inverso tambem frequentemente se verifica nas infecções focaes. Inutil será tratar-se uma pielonefrite tentando esterilizar completamente o sistema urinario se vamos deixar fóco de infecção, que a ocasionou, quer nas amidalas, quer nos dentes, quer no sistema osseo ou no gastro intestinal: a infecção permanecerá ou, se desaparecer, reaparecerá. Outros e outros exemplos nessa mesma ordem de ideias delongariam por demais esta aula. Não deixaremos de lembrar entretanto, que ao urologista muitas vezes cabe diagnosticar precocemente um caso de tabes ao fazer cistoscopia e deparar com os sinaes caracteristos da afecção nas paredes da bexiga. E é esse um exemplo da correlação neuro-urologica. Quanto a correlações com a endocrinologia dia a dia se acentuam a medida que melhor se estudam as glandulas endocrinas e muito se vem publicando a esse respeito quanto a hipertrofia da prostata, o criptorquidismo e a impotencia que suscitam a interferencia dos mais complexos e completos conhecimentos medicos.

Antes de entrarmos propriamente na parte propedeutica é de referirmos que a clinica urologica comporta o estudo do sistema uroge-

nital masculino e urinario feminino. O aparelho genital feminino é estudado na cadeira de Ginecologia.

Quando vamos fazer exame clinico geral e a seguir detalhar propedeutica urologica devemos ter em mente as quatro características clinicas desta ultima, tão bem sintetizadas por HINMAN:

- 1) A unidade do trato uro-genital.
- 2) A distinção entre lesões obstrutivas e não obstrutivas.
- 3) Distinção entre lesões infectadas e não infectadas.
- 4) Distinção entre metodos de exame não instrumentaes e instrumentaes.

A unidade do trato certo é corolario da unidade organica e dentro, portanto, da mesma concepção. Para facilidade do estudo, entretanto, divide-se o trato urogenital em urinario ou superior, compreendendo (rim, calices, bacinete e ureter) e inferior ou genital, do meato até o colo vesical incluídas as glandulas testiculares, bolsas, epididimos etc. bem como vesiculas seminaes, prostata e glandulas uretraes. A bexiga formará a porção media do trato onde quasi sempre as lesões são secundarias oriundas quer de processos localizados no trato superior quer de localização inferior. Esta noção de unidade importa, em qualquer lesão tanto superior como inferior, num exame completo de todo o sistema, por isso que tanto as lesões primordialmente do trato urinario como as do genital se propagam para o outro como para a bexiga. Tuberculose renal primaria póde apresentar lesão secundaria na bexiga, na uretra, na prostata, vesicula ou epididimos etc. Como tuberculose do epididimo se propagará para o trato medio e o superior e, mesmo, fechando em circulo, para o outro lado. Isso constitue a base do tratamento quer por nefrectomia, quer por epididimectomia num e noutro caso para evitar a repercussão no sistema. Um seminoma do testiculo propaga-se imediatamente, sem atingir cadeia ganglionar da virilha, para os ganglios iliacos e lombares obstruindo ureter e inutilizando o rim do mesmo lado. Tuberculose do epididimo ou da vesicula que se propaga para o rim homologico é lesão frequentemente observada. Malformações envolvendo uma parte do trato indicam necessidade de pesquisa de outras no trato todo. Essa a significação do caracteristico urologico quanto a "unidade do trato" revelando que qualquer localização de lesão nesta ou naquela porção demanda exame de todo o sistema. A segunda característica: "obstrutiva e não obstrutiva" condiciona dois grupos perfeitamente distintos. E' bastante ponderar sobre a função de eliminação que exerce o trato urinario para se julgar da perturbação que a obstrução acarretará. Se na bexiga, no colo vesical ou na uretra, repercutirá bilateralmente e se no ureter ou no bacinete, o fará no rim daquele lado. Obstrução ao escoamento da urina e estase consequente se não reconhecidas e deixadas evoluir

o resultado final será a inutilização do parenquima de um ou de ambos os rins com graves consequências para o individuo desde que os órgãos lesados são vitais para a economia. As lesões não obstrutivas estão isentas deste problema primario no tratamento. Quanto ao terceiro caracteristico, lesões infecciosas ou não, tanto podem sobrevir as obstrutivas como podem ser primarias e mesmo produzem obstrução secundaria pela evolução do processo. E o tratamento da infecção se imporá ao lado da correção e tratamento da obstrução ou não, se esta coexistir ou não. Se a infecção é secundaria a obstrução é frequente se obter esterilidade do trato tão logo se o tenha desobstruido. O perigo da infecção urinaria nunca será demasiadamente ponderado e o restabelecimento de bôa drenagem é primacial e urgente para um tratamento eficaz. A quarta caracteristica urológica é a que estabelece distinção entre metodos de exame: não instrumental e instrumental. A historia de cada caso clinico ao lado do exame fisico não instrumental fornecem dados presuntivos de diagnostico que orientarão e indicarão os exames instrumentaes necessarios para completar e firmar o diagnostico. Nenhuma especialidade possui o rico instrumental que o urologista tem a sua disposição. É necessario fazer uso adequado do mesmo para poder atingir a segurança e firmeza que conseguem dar como em nenhum outro ramo da medicina.

Nesta aula "Do exame clinico geral em urologia" vamos tratar tão somente dos metodos não instrumentaes excluindo não só o exame radiologico que demanda aula especial pela sua importancia e estensão bem como o toque retal (prostata, vesiculas seminaes, ureter e deferente) e o vaginal que será materia de aula pratica, a parte, afim de possibilitar a todos o exame de varias lesões perfeitamente diferenciaveis por esse importante metodo propedeutico. No serviço de clinica Urológica da Faculdade existe folha de observação pela qual orientaremos comentarios oportunos. A identificação do doente reúne dados que á primeira vista pareceriam sem importancia mas que a clinica nos demonstra terem real valor. A idade, por exemplo, nos casos de dificuldade a emissão de urina nos fará pensar em estreitamentos uretraes nos individuos moços e em adenoma da prostata, tumores e diverticulos nos velhos. A natureza do trabalho póde sugerir, ainda mais agora que o nosso Paiz se industrialisa, reações do sistema em virtude da ação de agentes quimicos e fisicos sob os quaes exerça o paciente a sua profissão. A procedencia do individuo, desta ou daquela zona onde parasitos ou infecções mais frequentemente existam, poderá lembrar lesões dificeis de supor onde de habito não se as encontram. A seguir, entrando na anamnese propriamente, assinalamos de inicio a queixa que traz o doente a consulta e a duração da mesma anotando imediatamente o historico da molestia atual com o relato do doente, incluídos todos os sinais subjetivos com a terminologia por ele empregada.

Esta é a parte subjetiva do exame. Representa a versão que o doente dá ao seu caso e que póde ter grande importancia principal-

mente no que se refere a lesões iniciais, funcionaes, acarretando disturbios mais subjetivos que objetivos e palpaveis e justamente aquelas de terapeutica mais eficaz no que concerne a “restitutio”.

Os antecedentes familiares constituem o topico seguinte da anamnese e não será necessario resaltar a importancia dos mesmos que todos têm presente a frequencia da tuberculose, do cancer e mesmo da litiase em certas familias. Antecedentes pessoais a começar pela infancia e com especial atenção para doenças infecciosas, como a escarlatina, capazes de deixar sequela de nefrite, bem como amidalites, tifo, historia dentaria, pneumonias, reumatismo, etc. Historia conjugal e menstrual, se fôr mulher, constatando epocas, regularidade destas, corrimentos entre as mesmas, metrorragias etc. Em seguida nos reportamos a molestias e traumatismos anteriores — seu carater, detalhar para estabelecer, si houver, possiveis correlações com a doença atual. Referir tambem a historia venerea do doente. Uretrites anteriores, complicações, tratamentos, sequelas. Lesões ulcerativas dos genitales externos, duração, tratamentos; assinalando acidentes secundarios ou terciarios se os houve. Operações (onde e quaes). Passa-se depois a inquirir sobre os habitos e não vamos deixar de lembrar a necessidade de interrogar com inteligencia para evitar que o doente impressionavel ou não, timido ou envergonhado, deixe de responder com verdade falseando dados uteis ás conclusões. Não tivemos o praser de ouvir do proprio mas, no Rio de Janeiro, na Faculdade de Medicina, ficou tradicional a pergunta de FRANCISCO DE CASTRO sobre alcool: “Tem cabeça forte para o alcool?” e aqueles que dissò se lisonjeam apressam-se em afirmar que sim, enumerando até proesas de resistencia. Variada a frase de acordo com a categoria intelectual e psiquica do paciente e moldadas no mesmo tom as demais, muito se consegue do interrogatorio neste particular de habitos, principalmente quando se indaga sobre vida sexual e se deseja esclarecer acerca de masturbação na puberdade e excessos na mocidade que, só geitosamente conduzidos, os pacientes deste ou daquele temperamento, respondem com verdade. Á pergunta “bebe muito?”, em tom mais ou menos de repreensão, até ebrios inveterados respondem pela negativa, uns temendo que se não lhes de maior atenção aos padecimentos atuais e apenas venha o conselho de “deixar a bebida” outros por não quererem desrespeitar o “doutor”. Interrogatorio para ser bem conduzido e proficuo demanda conhecimento e inteligencia. Todos os habitos incluindo fumo, alcool, café, chá, toxicos, devem ser anotados.

Isto posto é o exame fisico que se inicia inscrevendo na ficha de observação o tipo constitucional do individuo. Na Clinica Urologica adotamos a classificação constitucional de Pende para consignarmos na folha de observação o biotipo individual. Entretanto nos limitamos a avaliação dos caracteristicos apenas morfologicos e mesmo destes fazemos constar correntemente o tipo de desvio se longitudinal se transversal, se misto ou quasi normolineo (longilineo, brevilineo,

misto e quasi normolineo) e estabelecemos si a construção é forte, fraca ou normal (hiperstenico, hipostenico, normostenico). Poucas vezes nos referimos a massa corporea (hipersomico, hiposomico e mediosomico) porquanto preferimos anotar o peso habitual, peso atual e perda de peso e de forças para melhor acentuarmos a marcha de doenças debilitantes ou caquetisantes como tuberculose, cancer etc. O carater racial vem inscrito no inicio da ficha de observação, na qualificação ou identificação do doente. Os demais característicos do quadro de Pende como temperamento funcional, carater moral e tipo de pensamento, são por demais complexos e não têm ainda correlação perfeitamente estabelecida com a pratica diaria uologica em face dessa mesma complexidade. LLCHTENBERG tira conclusões praticas da assinalação do biotipo se longi, se brevi ou normolineo quanto a palpação renal. Os longilineos, segundo aquele professor, têm rins palpaveis, sendo que o direito muita vez o é nos seus 2/3 inferiores e o esquerdo apenas no polo inferior e em individuos de rins perfeitamente normaes o que não era admitido pela escola francesa que considerava patologico todo rim palpavel. Os quasi normolineos têm o polo inferior do rim direito palpavel na normalidade e o rim esquerdo já não o é enquanto que nos brevilineos, normalmente, são impalpaveis os rins e quando se os palpa ou são moveis e ptosados ou aumentados de volume. Anotamos na ficha, tambem, a altura do doente e as oscilações de peso conforme já nos referimos, passando, em seguida, ao exame geral onde assinalamos aspeto geral do doente, facies, desenvolvimento muscular e quaesquer sinaes que o individualisem taes como cicatrizes, manchas, placas, etc., da epiderme. Nesta parte do exame verificamos pulso, seus característicos, pressão arterial e temperatura. Passa-se então ao exame especial dos diversos aparelhos. Ha sempre, anteriormente, no que se refere a cada aparelho, um exame subjetivo e o questionario deve ser de tal forma orientado que não conduza o doente a respostas neste ou naquele sentido. O clinico experimentado, em face do doente timido mas desejoso de obter o maximo de atenção do medico, sabe como muitas vezes a resposta a pergunta "sente isto ou aquilo", é sempre afirmativa para que o exame seja mais cuidadoso... O exame naturalmente começará pela cabeça, órgãos dos sentidos e sistema nervoso, reflexos etc. A seguir examina-se o pescoço e depois coração e aparelho circulatorio bem como o respiratorio e o gastro intestinal terminando-se com exame das extremidades do individuo.

Não são poucos os prostaticos que procuram o medico por dores sacras que nada mais são do que reflexos de processos naquela glandula incluindo cancer com metastases quer no iliaco quer nos ossos da perna e que o exame radiologico vem confirmar. A boca deve ser cuidadosamente examinada, amidalas e dentes e estes devem ser radiografados quando já desvitalizados principalmente nos casos de infecções urinarias que podem ser secundarias a processos localizados nas raizes dos mesmos taes como kistos, granulomas e inflamações.

Terminada esta parte do relatório passa-se ao aparelho uro-genital. Dentro do exame físico urológico, como já dissemos, somente inspeção, percussão e palpação é que vão fazer parte desta primeira aula.

*Inspeção* — Claro está que quando vamos cuidar da inspeção particularizada do aparelho genito urinário já fizemos a inspeção geral, avaliação do indivíduo como ser humano, expressão facial, postura, deformidade, movimentos respiratórios, gestos e superfície da epiderme, como ficou dito e nesta parte tão somente nos preocuparemos com inspeção local. Começaremos pelos órgãos genitais externos tanto no homem como na mulher afim de observarmos qualquer desvio visível do normal. No homem, o exame do pênis deve ser um exame perfeito do órgão, tamanho, anomalias de número, desenvolvimento, torções, aspeto, presença de cicatrizes, ulcerações etc. na glande ou no sulco balano-prepucial, constatação de varices etc. Exame do prepúcio, fácil, difícil ou mesmo impossível esteriorização da glande caracterizando as fimoses, presença de para-fimose, fistulas (trajeto e localização das mesmas) edemas, dermatoses, elefantíases, tumores etc. Exame detido do meato uretral, posição do mesmo se central e normal ou deslocado mais ou menos para a face superior ou dorso do pênis (epispádia) ou mais ou menos para a face inferior (hipospádia), angustiações e bridas. Verificar-se-ha presença de secreções (corrimentos) e nesses casos, aspeto do meato, côr, se edemaciado e hiperemiado nas bordas indicando processos agudos ou, em caso contrário, crônicos. Inspeção das bolsas e seu conteúdo. Presença ou ausência de edemas, dermatoses, inflamações, fistulas, ulcerações, elefantíase, tumores. A simples inspeção as vezes revela a ausência de testículos nas bolsas que a palpação vai confirmar e muita vez também só pela inspeção se constata presença de grossas veias turgidas indicando as varicoceles. A percussão nada revela nessa porção do trato e passa-se imediatamente a palpação das bolsas que é rica de informações. A palpação nos revelará presença de hernias escrotaes, de derrames na vaginal (hidro ou hematocele, fazendo-se transiluminação para diagnóstico diferencial). Examina-se os testículos fazendo com que escorreguem delicadamente entre os dedos para a frente e para trás e ter-se-ha característicos de tamanho, tensão dos mesmos, presença do sulco entre eles e os epidídimos e estados patológicos dos mesmos. Certo a palpação nos informará sobre a presença dos testículos nas bolsas respectivas, o seu número e se em posição e situação normaes (torções). Na ausência de um ou de ambos verificar se se trata de criptorquidia (parada uni ou bilateral do testículo durante a sua migração da sua posição fetal inicial para a bolsa. Essa parada pôde se verificar em qualquer porção do trajeto e as criptorquidias serão: abdominaes, inguinaes ou escrotaes altas) ou de ectopias (testículos fóra das bolsas e fóra do trajeto normal de sua descida migratoria. admite-se que, nestes casos, o gubernaculum testis é o responsável pelo desvio puxando o testículo para: logo acima do púbis ou sobre



o triangulo de Scarpa ou para a região perineal e aí os tres tipos de ectopias: pubiana, femural e perineal). Fóra ou dentro das bolsas devem os testiculos ser examinados, pela sua sensibilidade, consistencia etc. para verificar inflamações agudas e cronicas, tumores etc. e se fazer o necessario diagnostico diferencial entre orquites propriamente ditas e epididimites. Estas ultimas são muito frequentes na blenorragia e o inicio das mesmas é na cauda do epididimo (via canalicular de infecção), enquanto que as orquites são mais comumente encontradas após infecções sistemicas taes como parotidites, gripes, tifo etc. ou, ainda, na tuberculose e na sífilis. A maior parte dos diagnosticos de orquite outra cousa não são que processos epididimarios erroneamente ditos testiculares. Aliás, é necessario palpar-se com atenção grande numero de testiculos e epididimos normaes para que se familiarise e se reconheçam variações ligeiras de consistencia e de aderencia dos mesmos no sulco normal que os separa (fig. 1). Ha dias, no Ambulatorio de Urologia, nos apareceu individuo moço com historia de polakiuria típica de tuberculose e que

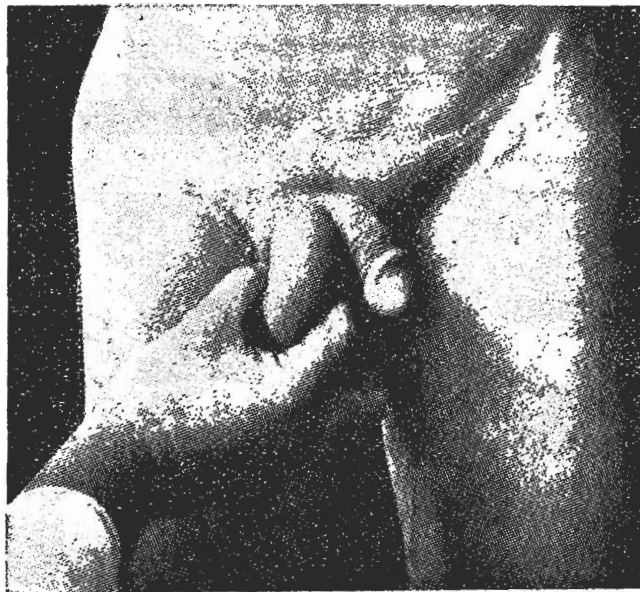


FIG. 1

(Bailey)

os exames complementares confirmaram inteiramente. Esse moço, 32 años de idade, casara-se ha sete años e sua esposa teve um unico filho que conta hoje 6 años e meses. Trez meses após o matrimonio percebeu a primeira dôr a micção e desde essa época lhe apareceu necessidade frequente de urinar (polakiuria) que se acentuou e permanece tendo dôr ao iniciar e terminar as micções que se contam em numero de 30 e mais vezes durante o dia e numerosas durante a noite. Testiculos e epididimos tinham sido dados na observação como bilateralmente normaes quando, na revisão a que submetemos no serviço todas as observações dos grupos, tratando-se de caboclo

do nosso interior que desconhece os passes da “arte de evitar filhos”, chamou-nos a atenção o inicio da molestia 3 meses após o casamento e o filho unico do casal com a idade de 6 anos e meses. Um exame cuidadoso dos orgãos genitales nos fez constatar testiculos e epididimos “grosso modo” normaes, porém, a palpação mais detida revelou ausencia de sulco de limitação, e adherencia entre testiculo e epididimo de cada lado e estes como que empastados e com pequenos nodulos. Foi a tuberculose que, tomando os genitales e obstruindo canaes esterilizou o doente. E a historia patogenica dessa forma se desvenda.

O exame nos póde evidenciar tumores e kistos do epididimo e proseguindo palparemos o canal deferente desde a cauda do epididimo até a sua terminação no canal inguinal. Nessa altura estamos na mão com o cordão espermatico e os elementos remanescentes do processo funicular (ligamento de CLOQUET) o musculo cremaster e as membranas testiculares, as arterias espermatica e cremasterina, a arteria deferencial, o plexo venoso pampiniforme e o ramo genital do nervo genito crural alem de linfaticos e fibras do nervo simpatico que devem ser examinados. Lesões isoladas do deferente ou do cordão são muito raras, via de regra provêm de lesões de estruturas com as quaes se associam. Assim, a primeira porção do deferente, nas proximidades do epididimo, se afeta quando este é lesado enquanto a sua porção terminal, no anel interno do canal inguinal, é envolvida nas lesões da prostata e vesiculas. Processos agudos são mais frequentes que os cronicos e via de regra propagações de lesões iniciais da uretra posterior.

Poderemos constatar contusões, torsões do cordão, hidroceles, kistos, gomas, tumores bem como a presença de varices (varicocele) que, se de pouca significação a esquerda pela esplanção mecanica que dá o trajeto mais longo da veia espermatica desse lado e a sua confluencia em angulo reto com a veia renal já a direita poderia indicar neoplasias do rim homonimo. Não vamos esmiuçar torsões não só dos testiculos, como da hidatide pediculada de MORGAGNI, do corpo de Giraldes e bem assim de outros recessos anatomicos porquanto a sua raridade não as deve faser incluir num estudo propedeutico geral. Não deixaremos de assinalar, porém, os casos de orquite ou epididimite em testiculos ectopicos ou nas criptorquidias que podem, as vezes, dar a impressão de “abdomen agudo” ou mesmo podem produzir essa síndrome.

A palpação do penis póde demonstrar a presença de “induratio penis” que é uma transformação fibrosa, fibro-calcarea ou mesmo ossea, do envólucro dos corpos cavernosos e de etiologia desconhecida. Sempre se situa na face dorsal e são placas mais ou menos estensas e mais ou menos rijas, as vezes de consistencia dura como a ossea. Palpa-se a uretra e não raro, mesmo sem o auxilio de sonda, consegue-se distinguir nodulos de estreitamento e tumefações de litrites que aquele processo de exame e outros confirmarão.

Na mulher o exame dos genitais externos se fará na parte correspondente ao exame dos diversos aparelhos mas ao urologista cabe verificar o meato, sua situação, presença ou ausência de secreção, presença de polipos ou mesmo veia varicosa capazes de acarretar obstrução. As vezes a simples inspeção demonstra presença de prolapso da bexiga, fistulas uretro ou vesico vaginaes. A parte de toque vaginal correspondente a palpação será dada na aula especial referente ao toque urológico.

A inspeção póde, ainda, revelar presença de infartamento das cadeias ganglionares, reação de defesa demonstrando existencia quer de processos agudos quer processos outros como na sífilis, linfogranulomatose ou doença de NICOLAS FAVRE. E a palpação completará o exame verificando presença ou ausência de flutuação etc.

Passa-se, a seguir, a *inspeção da bexiga*.

Nos individuos magros, tanto homens como mulheres, si a bexiga estiver muito distendida formará como que um globo no abdomen, logo acima do pubis e na linha media. Em individuos mais gordos não se a consegue visualizar (fig. 2). Nas grandes retenções (as vezes atingem litros) o globo vesical visualisavel chega as proximi-



FIG. 2

(Bailey)

dades da cicatriz umbelical com maior eixo no sentido vertical. São retenções quer por estreitamento de uretra, tumores da prostata ou lesões de origem nervosa e obstruções por utero gravido. Noutros casos o tumor formado pela bexiga repleta e distendida se apresenta desviado para a esquerda ou para a direita principalmente quando existem diverticulos ou coleções de processos de pericistite. Mesmo nessas grandes retenções, entretanto, quando se trata de individuos muito gordos, o sinal póde falhar e a inspeção nada constata, a bexiga se distente pela bacia. Ausente o sinal, portanto, nesses casos, não significa inexistencia de retenção.

Na mulher, além disso, kistos do ovario pódem se desenvolver na linha mediana e ocasionar confusões ou vice-versa, daí a necessi-

dade de iniciar o exame esvasiando a bexiga, naturalmente com os cuidados necessarios para evitar descompressão brusca e suas consequencias, como hemorragia "ex-vacuo".

Dentre as malformações a estrofia da bexiga é diagnosticavel a simples inspecção e a parede posterior, que vem se implantar logo acima do pubis, se apresenta com trigono, musculo inter-uretral e meatos a ejacularem aos olhos do observador. Kistos da uraca formam tumores suprajacentes a região vesical.

A *percussão* da bexiga nada revelará de preciso nem mesmo se está de fato distendida. Nos casos de retensão aguda, completa, o globo vesical elevado, no abdomen, dá massicez completa mas nas retensões cronicas a bexiga se distende sobretudo pela bacia e póde não ser percutivel, escondida pela sonoridade de alças intestinaes. A percussão deve ser feita com a mão espalmada e colocada tão profundamente quanto possivel afim de se aproximar o mais possivel da bexiga e se conseguir som vesical e não de alças intestinaes. A mão deve estar aflorando a borda do pubis e percute-se sobre os dedos, sem os deslocar. Havendo massicez assinala-se que atinge a um ou mais dedos transversos acima do pubis ou, melhor; reporta-se a seguir, a centimetros.

*Palpação vesical* — permite examinar principalmente a sensibilidade da bexiga. Tanto se consegue avaliar essa sensibilidade fazendo pressão com a mão espalmada que deprime progressivamente a parede abdominal ao nivel da bexiga e levantando-a bruscamente o que provoca dor acentuada nas cistites graves como a simples pressão já póde despertar reação dolorosa ao doente. Deve-se examinar as regiões iliacas onde focos inflamatorios peri-vesicaes podem ser perceptíveis bem como ganglios linfaticos tumefeitos nos casos de tumores vesicaes. O toque combinado, retal no homem e vaginal na mulher, é preferivel e mais rico em informações mas constará da aula sobre toque em urologia que será materia a ser encarada a seguir.

Passamos agora a *inspecção das regiões lombares*, cuja delimitação clinica ou medico-cirurgica e urologica é diferente da delimitação estritamente anatomica. Em anatomia descrevemos uma região lombar que é aquela compreendida pela coluna vertebral e partes imediatamente visinhas. Em clinica, região lombar é a região ocupada pelo rim e seus anexos; consideramos, portanto, região lombar direita e região lombar esquerda e a sua delimitação é a seguinte: para fóra, uma linha vertical partindo da borda posterior da axila até o iliaco, para dentro a saliencia esterna da massa sacro lombar, em baixo a linha sinuosa do iliaco e em cima uma linha transversa passando pela apofise espinhosa da 11.<sup>a</sup> vertebra dorsal. O aspeto exterior da região é estremamente variavel com o sexo, o biotipo e a massa corporea, isto é, maior ou menor adiposidade o que influencia grandemente facilitando ou dificultando as explorações clinicas. Felizmente é das regiões mais moveis do tronco o que facilita manobras de exame e operatorias. Na mulher a musculatura sacro lombar é menos

pronunciada e o talhe mais arqueado detalhes estes que desaparecem com grandes adiposidades. Claro está que sendo movel é região que sofre, no seu aspeto esterno, as modificações de posição. No exame da região lombar com o paciente sentado ou deitado sobre o ventre, quasi nada se consegue observar por isso que o plano que as ultimas costelas e os ligamentos costo-vertebraes formam não se sujeitam facilmente e só nos casos de flemões ou abcessos perinefriticos é que aparece abaulamento, havendo, as vezes, edema inflamatorio que é sinal valioso de processo inflamatorio do parenquima renal ou dos envulucros. Outras veses, entretanto, o abaulamento só aparece no ponto mais fraco: o triangulo de PETIT.

Para o lado do abdomen é necessário que o aumento de volume do rim seja consideravel para que a simples inspeção o revele. A inspeção será feita tanto em decubido dorsal como em posição ortostatica examinando-se a região dos flancos entre falsas costelas e a crista iliaca e a região do hipocondrio correspondente, comparando-se, tambem, com o outro lado. Hidronefroses ou pnonefroses, sarcomas, rins policisticos quando volumosos pódem dar deformação apreciavel. São moveis com a respiração e deslisam sob a parede abdominal. As veses a compressão que o seu desenvolvimento exerce sobre circulação venosa é de tal ordem que se desenham os vasos sob a pele e nestes casos constata-se verdadeira asimetria abdominal por abaulamento do flanco e até da fossa iliaca (sarcomas renais e rins policisticos). Quando o abaulamento de causa renal é bilateral o diagnostico de rim policistico quasi se impõe.

*Percussão renal:* A anatomia nos dá a rasão pela qual a percussão da região lombar é completamente negativa: o rim é quasi que inteiramente recoberto pela espessa massa muscular sacro lombar e a direita a sua massicez se confunde com a do figado e a esquerda com a do baço. Aliás GUYON já havia feito demonstração pratica percutindo um doente que sofrera nefrectomia um ano antes: não constatou diferença entre os dois lados.

Os classicos todos dão a percussão abdominal como capaz de fornecer dados interessantes mas nem sempre esclarecedores. Póde revelar tumor renal delimitando suas bordas interna e externa bem como polo inferior e constatando, o que seria de grande valor no diagnostico diferencial, presença de intestino sobreposto ao tumor (sonoridade formando faixa na zona de massicez). Este carateristico teria real valor e permitiria distinguir tumores do rim, dos do figado e baço. A situação diversa ocupada pelo colo ascendente a direita e o descendente a esquerda explica a rasão pela qual a disposição dessa faixa de sonoridade é diferente de um e de outro lado: a direita o colo ascendente é empurrado para dentro, sobre a borda interna do rim enquanto que a esquerda o colo descendente é impedido sobre a borda externa e deste lado a sonoridade é menos perceptivel não só por ser o colo levado para fóra mas tambem pelo estado de contração habitual do colo descendente. Nem sempre, entretanto, a faixa existe e encaminha diagnostico diferencial: de um

e de outro lado, o rim, quando muito aumentado de volume, afasta os colos e vem fazer saliência no abdomen sem interposição de alças e os demais exames propedeuticos é que virão fornecer dados para diagnostico positivo.

Ainda como percussão renal devemos referir a chamada “manobra de GIORDANO” que é a percussão profunda da loja renal com a borda cubital da mão. O doente sentado percute-se a loja renal em toda a sua altura com pancadas mais ou menos bruscas tanto a direita como a esquerda. Essa manobra provoca dôr acentuada no lado ou nos lados doentes. É manobra que apresenta seu valor. Sé a capsula renal ou o bacinete estiverem distendidos, sob tensão, o doente retira o corpo bruscamente em virtude da dôr que o choque produz. Quando se presume colica de causa renal o sinal é significativo mais ainda por que objetiva um fenomeno puramente subjetivo e confirma o relato do doente sendo que se apresenta positivo nos calculos renaes e ureteraes durante a crise obstrutiva que produzem e é negativo nos intervalos.

A percussão, entretanto, como dissemos, não delimita o rim e desejar por meio dela apreciar modificações de volume e de forma é mais subtilesa semiologica que bôa pratica clinica por tudo que adiante se disse e ainda mais pelas condições instaveis de séde anatomica do órgão.

A *palpação* é o meio semiologico renal e ureteral por excelencia. Compreende o exame para pesquisa de areas dolorosas, presença ou ausencia de defesas musculares, tumores, edemas bem como localização de quaesquer variações de volume, de sensibilidade, delimitação de superficie e de bordas, consistencia, fixação etc. Para o exame de areas dolorosas devemos nos referir aos pontos ditos reno-ureteraes ou mesmo ureteraes. Exercendo-se pressão nesses pontos determina-se sensibilidade dolorosa que se reportava, segundo sua localização, a alteração renal, pielica ou ureteral. Não se admite, geralmente, em nossos dias, que esses pontos tenham valor sintomatico segmentario e, antes, considerada a inconstancia da sua significação, apenas indicam alterações provaveis de um lado do sistema. Muita vez nem isso se pôde afirmar considerado o arco complexo do reflexo reno-renal. Alem do mais é indispensavel que se tenha certeza de que o ponto constatado não é apendicular, intestinal ou genital em se tratando de mulher. São numerosos os pontos que se encontram citados nos tratados quasi tantos quantos os autores e com pequenas variações. Citaremos apenas aqueles que são pesquisados sistematicamente na clinica Urologica da Faculdade e omitiremos os demais. Uns são posteriores:

1 — o *costo-vertebral* (de GUYON) no angulo formado pela ultima costela e a coluna vertebral.

2 — o *costo-lombar* no angulo que a ultima costela forma com a borda da massa sacro-lombar. Este ponto deve ser preferente-

mente pesquisado com o doente deitado afim de se anular a tensão muscular.

Outros são anteriores:

3 — o *sub-costal* situado no ponto em que a borda esterna do musculo reto anterior do abdomen encontra a decima costela. No lado direito este ponto póde ser sensível nas afecções da vesicula biliar.

4 — o *ureteral superior* (PASTEAU), tambem descrito por BAZY como para-umbelical, se encontra na intersecção de uma horisontal partindo da cicatriz umbelical e de uma vertical tirada do terço interno da arcada crural.

5 — o *ureteral medio* (HALLÉ) que se encontra na intersecção de uma linha horisontal unindo as duas espinhas iliacas anteriores e superiores e uma vertical tirada do terço interno da arcada crural. Nesse nivel o ureter crusa o estreito superior da bacia.

A palpação não consegue, normalmente, distinguir os ureteres a não ser em individuos muito emagrecidos e com processos muito acentuados de ureterite e periureterite. Será palpavel na porção em que crusa a linha ~~inominada~~ para penetrar na pequena bacia. Varios pontos de referencia foram descritos para se precisar esta porção do ureter. Alem disso, o *ponto ureteral dito inferior* póde ser tocado no homem pelo reto e na mulher pela vagina e terão a sua descrição na aula correspondente a toque.

Como já referimos e de acordo com LICHTENBERG o tipo constitucional do individuo modificando-lhe o talhe e a presença ou ausencia de adiposidade influenciam a palpação renal como a ureteral. Nos longilineos os polos inferiores dos rins podem ser palpaveis sem que isso signifique rins patologicos e o rim direito muitas vezes é palpavel em seus 2/3 inferiores. Nos quasi normolineos o polo inferior do rim direito póde ser tambem palpado na normalidade do orgão e nos brevilineos os rins em estado higido não são palpaveis.

A anatomia explica essa diversidade pois sabemos todos que o rim esquerdo está situado a cerca de 2 a 3 centímetros mais alto que o direito. Alem disso devemos lembrar que a situação desses orgãos não é paralela a coluna mas inclinada para baixo e para fóra tanto que existe um afastamento de dois centímetros ou mais dos polos inferiores com relação aos superiores, da linha mediana.

Muitos são os metodos descritos para a palpação dos rins, quasi todos bimanuaes e vamos nos referir principalmente áqueles mais correntemente empregados. Todos têm sua utilidade consideradas as condições individuaes como capazes de faserem variar os resultados palpatorios de doente para doente. Variando necessariamente com o processo empregado as posições do medico e do doente estudaremos as mesmas na descrição particular que faremos.

Os rins normaes quando são palpaveis se apresentam com os caracteristicos da consistencia parenquimatosa, superficie lisa, limite

inferior nitido e o superior só é sentido em condições anormais. A palpação não é dolorosa na normalidade.

### Palpação em posição dorsal:

*Processos de GUYON* — Doente em decubito dorsal, braços distendidos ao longo do corpo, pernas em extensão (alguns preferem ligeira flexão obtida por pequeno coxim sob os joelhos) e todos os musculos em relaxamento, particularmente os da parede abdominal anterior. O medico deve colocar-se do lado do rim que vae palpar. O doente será aconselhado a respirar lenta mas profundamente. Si o rim a palpar é o direito, coloca-se os dedos da mão esquerda no angulo costo lombar fazendo-se pressão de traz para diante afim de elevar o rim e apresenta-lo a mão direita, espalmada sobre a parede abdominal e para fóra dos musculos reto anteriores de tal forma que as pontas dos dedos se encontrem a dois dedos transversos sob o ponto de união da decima costela com as costelas superiores. A figura 3 mostra a posição. Para palpar o rim esquerdo a posição das

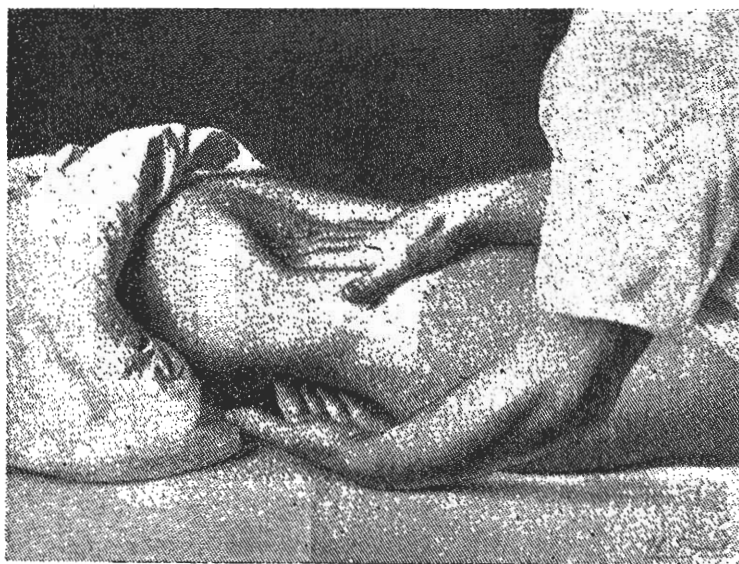


FIG. 3

Processo de Guyon (Legueu)

mãos é inversa: mão direita para baixo e mão esquerda para cima. Nessa posição das mãos o doente deve ir respirando normalmente e aproveita-se toda inspiração para fazer a mão abdominal penetrar mais profundamente, resistindo durante a expiração, afim de se manter deprimida a parede e quando o rim é palpavel, na sua descida inspiratoria, a mão abdominal o conseguirá sentir. Alguns chamam a este processo de metodo palpatorio de TROUSSEAU.

Para o outro processo de GUYON, dito do rechaço renal (ballotement renal dos franceses) a posição é a mesma apenas com as falanges dos dedos da mão lombar ligeiramente flexionadas, no momento em



que começa uma espiração o medico provoca pequenos movimentos bruscos que fazem com que o rim, situado posteriormente, venha chocar a mão abdominal que permanece deprimindo a parede. Sente-se dessa forma, direção, volume, consistencia e características de superficie. Nos casos de ptose, entretanto, se a mão abdominal deprime como deve a parede abdominal o rim não desce. Nos individuos magros pôde-se aliviar de pouco esta pressão e sente-se o rim escorregar entre as mãos conseguindo-se fazê-lo voltar a loja por pressão entre as duas mãos, manobra essa que o doente muitas vezes percebe e refere. O rechaço renal não é devido a mobilidade do rim mas antes a um deslocamento em massa. Mesmo nos tumores aderentes está presente. Não é característico de tumor renal e pôde ser observado em tumores e malformações do figado, nas colecistites, tumores do colo mas nunca nos tumores do baço. O valor do sinal está em que um tumor que não o apresenta via de regra não é renal. O processo de GLENARD, entretanto, é preferivel nestes casos, como adiante veremos.

*Processo de PETIT* — nada mais é do que uma variante do processo de Guyon e não apresentá vantagens. O medico fica do lado oposto ao que explora, colocá a mão direita na parede abdominal para explorar o rim esquerdo e a mão esquerda passa por baixo do paciente para vir se colocar na região lombar do outro lado (fig. 4). O inverso para o lado oposto.



FIG. 4

Processo de Petit (Legueu)

*Processo de GLENARD* — é o processo chamado da palpação nefroleptica, justamente porque melhor permite sentir os rins flutuantes ou moveis, nos individuos magros. Paciente e medico nas mesmas posições descritas para os processos de Guyon. A mão de nome contrario ao lado examinado é colocada prendendo o flanco lógo abaixo

das costelas, os quatro ultimos dedos dirigidos para o ângulo costo lombar e fazendo pressão de traz para diante enquanto que o polegar fica na frente ao nivel da parede abdominal, livre para os movimentos necessarios. A outra mão permanecerá espalmada sobre a parede anterior do abdomen na altura da reborda costal e na borda esterna do reto anterior. A sua função será deprimir a parede anterior do abdomen nas espiorações e opor-se a mobilidade renal para dentro e tornar o rim mais acessivel aos dedos da região lombar (fig. 5).



FIG. 5

Processo de Glenard (Legueu)

Dispostas dessa forma as mãos o doente executará movimentos respiratorios profundos sem que os dedos exerçam grande pressão. Em seguida, porém, logo após uma inspiração forte, que faz o rim descer, aproximam-se bruscamente os dedos fazendo-se a manobra dita da capturação renal, e o rim fica preso entre o indicador e o polegar, si a mobilidade for grande. Bem mantido nessa posição, nesses casos, a mão abdominal póde vir palpar o rim preso e apreciar suas características palpatorias. Quando a mobilidade é pequena ou média, ao se aproximarem os dedos na manobra de capturação, a pressão empurrará o rim para cima e os dedos o sentirão deslizar para a loja. Esta sensação é muito característica. Este processo exige, entretanto, virtuosidade palpatoria.

*Processo de DEVOTO* — é apenas modificação do processo de Glenard: a mão abdominal é colocada logo abaixo da reborda costal, e com o dedo indicador procura-se sentir o rim no fim da inspiração.

#### **Palpação em posição lateral:**

*Processo de ISRAEL* — Doente em decubito lateral do lado oposto ao que se vae examinar e a perna daquele lado ficará em estensão e a

outra em flexão sobre a bacia. O medico ficará do lado do rim que vae palpar, como a figura 6 mostra, e colocará a mão direita para o rim esquerdo e a esquerda para o rim direito no angulo costo-lombar como no processo de GLENARD afim de fazer pressão no sentido

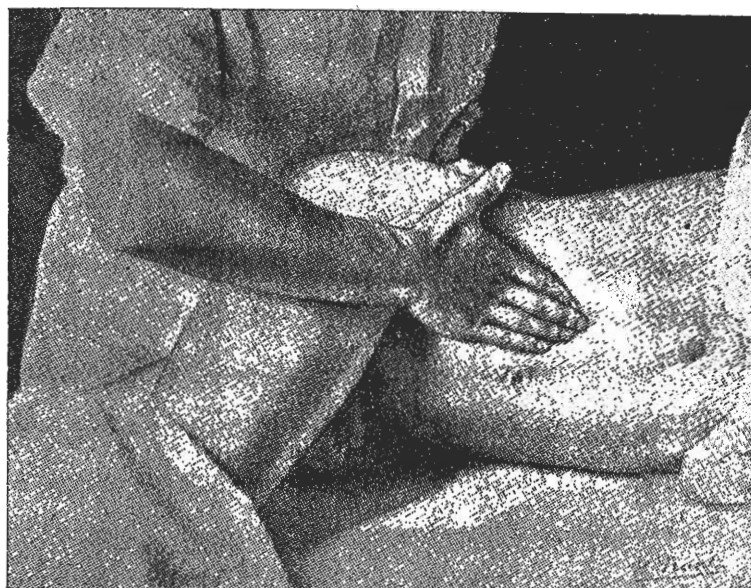


FIG. 6

Processo de Israel (Legueu)

postero-anterior e trazer o rim mais para a superficie. A outra mão permanecerá na parede anterior do abdomen os dedos penetrando por debaixo das falsas costelas na junção das nona e decima cartilagens costaes. Procura-se palpar o rim em sua descida inspiratoria a medida que a mão abdominal vae conseguindo maior relaxamento muscular e estuda-se seus caracteristicos como nos demais processos. A vantagem do metodo é que desloca o rim mais para baixo e para dentro libertando sua face anterior do intestino delgado, figado e baço respectivamente. E' processo de bons resultados e não exige qualidades palpatorias especiaes. Rins patologicos, volumosos, caem mais pesadamente e a mão abdominal os sente deslizar sob a parede.

*Processo de PASTEAU* — (decubito lateral arqueado) é modificação do processo de Israel mas sem apresentar vantagens.

**Palpação em posição ortostatica:** Esta posição é usada com o fim de tornar o rim mais acessivel pela queda que sofre.

*Processo de LÉPOUTRE* — Doente colocado de pé, diante de uma mesa cuja altura corresponda a linha bitrocantaria. A seguir, sem flectir membros inferiores, curva o dorso, deixa cair as mãos espalmadas sobre a mesa, onde se apoia. Póde tambem se apoiar sobre o encosto de uma cadeira. Nessa posição a parede abdominal está bastante relaxada. O medico senta-se do lado que vae examinar. Se fôr o direito a mão esquerda abrangerá o dorso e o polegar virá de-

primir o vasio costo-iliaco. Seu papel não é de palpar: essa mão sustenta o doente e dá ponto de apoio a mão direita que palpa; o polegar preenche a fossa lombar e favorece o deslize do rim para a frente. A mão direita vae palpar o espaço sub-costal, o hipocondrio e o flanco. Para palpar o espaço sub-costal esta mão póde ser colocada no sentido vertical e disposta horizontalmente explorará hipocondrio e flanco. Poderemos sentir polo inferior e face anterior do rim com seus caracteristicos palpatorios. Em alguns rins ptosados sente-se o polo superior (fig. 7).

*Processo de GÖELET* — Doente de pé, dorso encostado em uma parede e joelho do lado que se vae palpar apoiado no assento de uma cadeira ou em suporte qualquer mas de forma a ter a perna em flexão sem contração muscular. Medico como no processo de LE-POUTRE, do lado que se vae palpar colocando as mãos como para o



FIG. 7



FIG. 8

Processo de Lepontre (Lepontre) Processo de Goelet (Jairo Ramos e Alipio C. Neto)

processo de GUYON (fig. 8). Nos movimentos respiratorios profundos procura-se palpar o rim no final das inspirações. A posição do membro inferior em situação comoda relaxa a musculatura abdominal e dá facil penetração a mão que palpa.

A figura nove é uma variante do processo de GLENARD mas em posição de pé. Nos casos de ptose o gancho que a mão dispõe no flanco prende o rim ptosado que a outra mão vem palpar e caracterisar.



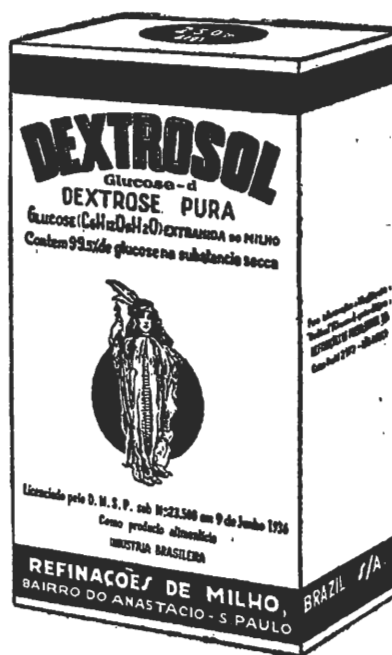
FIG. 9  
(Bailey)

Outros processos como o de PILLET utilizam a posição vertical mas são menos praticos. Os que referimos têm aplicação em diferentes casos e o clinico os deve conhecer e tentar antes de declarar os rins como não palpaveis.

*Rim ectopico* dependendo da posição que ocupe, naturalmente, póde ser reconhecido pela palpação abdominal classica: as duas mãos aplicadas sobre a parede abdominal anterior. O mesmo se fará para palpar o rim em ferradura.

# DEXTROSOL

(GLUCOSE—d)



"DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A CIRCULAÇÃO,  
ELIMINANDO EDEMAS, AUMENTANDO O VOLUME  
SANGUINEO E PROMOVENDO A DIURESE"

E. MEYER — Usos Terapeuticos das Injeções Endovenosas  
de Soluções de Glucose) Zentralb. f. klin., Med. —  
102.343, 1925. Abst. J. A. M. A. 86.521, 1926.

SECÇÃO DE TUBERCULOSE DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO ESTADO  
Diretor: DR. DECIO DE QUEIROZ TELLES

## REAÇÕES DE TUBERCULINA — SUA INTERPRETAÇÃO, SEU VALOR NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE (\*)

DR HOMERO SILVEIRA

(Da Clínica Infantil do Inst. "Clemente Ferreira").

### I — RESUMO HISTÓRICO

A descoberta da tuberculina e o seu emprego no diagnóstico da infecção tuberculosa tem suas origens nas idéias pastorianas.

Quando ROBERTO KOCH descobriu, em 1882, o bacilo que tem o seu nome, andava em grande vóga a bacterioterapia. A vacina anti-carbunculosa era empregada com êxito o que levou KOCH a pensar na bacterioterapia anti-tuberculosa. No curso dos seus estudos experimentais com o bacilo tuberculoso, KOCH verificou o fenômeno a que seu nome está ligado e pelo qual uma cobaia após uma primeira infecção atinge um grau tal de imunidade que a segunda infecção não tem de regra senão pouca importância. Outro fato também foi observado: nos animais sãos as culturas mortas injetadas em grande quantidade apenas davam abscessos, enquanto que nos animais tuberculosos, si uma pequena quantidade bastava para matar, quantidades infinitesimais metódicamente injetadas chegavam a mante-los com vida e mesmo a melhora-los. A bacterioterapia anti-tuberculosa parecia, assim, cheia de promessas. Entretanto, os corpos bacilares eram dificilmente reabsorvíveis e resultavam abscessos. Era preciso chegar-se a um produto que, encerrando as mesmas vantagens imunisantes, não contasse com esses inconvenientes. Foi pesquisando um agente curador, extraído do bacilo e bem tolerado pelo organismo que KOCH foi conduzido à descoberta da *tuberculina* (1890). Chama-a então de *linfa*. Injetando esse produto em casos de lupus ele obtem melhoras surpreendentes. Outros resultados felizes confirmam sua

(\*) Aula do Curso de Tisiologia realizado pelo Instituto "Clemente Ferreira", em setembro de 1940.

esperança de ter descoberto a vacina da tuberculose. Ele chega a afirmar no Congresso de Berlim, em 4 de agosto de 1890, numa comunicação memorável “ter encontrado o remédio específico da tuberculose”. Com sua *linfa* ele possuía o meio, dizia:

- 1.º — de imunisar a cobaia contra a tuberculose;
- 2.º — de parar a evolução da moléstia na cobaia em plena generalização tuberculosa;
- 3.º — de curar em algumas semanas a tuberculose pulmonar incipiente do homem.

A *linfa* é então introduzida na prática médica, embora KOCH não revele o seu modo de preparação. As curas de KOCH, as melhores que assinalam VON BERGMANN, KRAÜSE, LÉVY, FRÄNTZEL, KÖHLER, melhoras tais que a cura definitiva parecia apenas uma questão de tempo, criam um prodigioso entusiasmo pelo novo remédio. Os doentes e os médicos afluem a Berlim. A *linfa* é cedida a peso de ouro.

Para penetrar o segredo de sua preparação os laboratórios redobram de atividade. ROUX e METCHNIKOFF dispõem de algumas gotas de *linfa* e notam que o cheiro é característico das culturas em meio glicerinado. Chegam a fabricar uma substância semelhante. Outros bacteriologistas alcançam idênticos resultados. BUJWID prepara uma substância vizinha da *linfa* mas duas vezes menos ativa, à qual dá o nome de *tuberculina* o qual ficará ligado ao producto de KOCH.

Em princípios de janeiro de 1891 KOCH decide fazer conhecida a preparação do seu produto, conhecido até hoje sob o nome de *velha tuberculina de KOCH* (T.K) ou *Alt Tuberkulin*. Fôra até então impedido de fazê-lo pelo “Conselho Central de Medicina” e principalmente pelo seu presidente VON GOSSLER. O novo remédio devia ser propriedade do Estado e vendido em proveito do tesouro.

A preparação da *tuberculina* é fruto de uma interpretação apressada de KOCH, que julgava existir nos corpos bacilares uma substância tóxica hipotética, que só era libertada em dóse curativa quando os bacilos eram numerosos. Assim raciocinando, KOCH tentou isolar essa substância. Para tanto, tomou 1 litro de caldo de carne levemente alcalinizado. Juntou aí 10 grs. de peptona + 40 ou 50 grs. de glicerina. Colocou tudo num balão de fundo chato de volume triplo do da mistura. Esterilizou o balão no autoclave a 120º. Semeou aí, em seguida, um fragmento de cultura de bacilos tuberculosos, deixando tudo numa estufa a 38º durante 6 a 8 semanas, até que a pele da superfície líquida, completamente desenvolvida, tendia a despregar-se. Esterilizou novamente o balão no vapor d'agua a 100º. Concentrou o conteúdo ao banho-maria até que reduzisse ao decimo. Filtrou-o. Obteve um líquido xaposo e escuro, de cheiro agradável, facilmente alterável pela luz e o calor, a que chamou *linfa* e que mais tarde seria chamado *tuberculina*. Esse filtrado contém as toxinas difusas no meio de cultura e também os



corpos microbianos que o filtro deixou passar. KOCH reconheceu aí as seguintes propriedades:

1.º — era o filtrado inofensivo, mesmo em doses fortes, nos indivíduos sãos;

2.º — provocava reações apreciáveis, mesmo em doses mínimas, nos indivíduos tuberculosos (febre, [reações gerais], mal estar, calafrios, etc.) de intensidade e duração dependentes da dose injetada; ao mesmo tempo as lesões tuberculosas eram invadidas de uma congestão mais ou menos pronunciada. (reação focal). Tendo observado este fenômeno KOCH afirmou que *era possível usar-se a tuberculina também como meio diagnóstico*. A estas reações gerais e focais — observadas por KOCH sobrepoz-se depois mais uma: a reação local, que lhe escapara à observação. No ponto de inoculação aparecia constantemente uma área inflamatória quando o individuo era tuberculoso. SCHICK verificou que ela não aparecia nos indivíduos sãos e ESCHERICH denominou-a “reação da picada” (Stichreaktion). Foi HAMBURGER, porém, quem reconheceu o seu alcance, recomendando-a como processo propedêutico.

Os desastres causados pela aplicação da tuberculina como meio terapêutico e mesmo diagnóstico, na multidão que ocorreu a Berlim atraída pela maravilhosa descoberta, afastaram-na do manuseio clínico. Além disso apareceram observações desconcertantes para o tempo: doentes adiantados, caquéticos, não reagem à tuberculina, ao passo que indivíduos, até então considerados sãos, reagem francamente. Foi PIRQUET (de Viena) quem esclareceu estes aparentes paradoxos. Verificou ele que um menino que tomara uma injeção de sôro escarlatinoso reagiu, no mesmo dia, à proteína estranha, diversamente da regra habitual que costuma intercalar 9 a 10 dias entre a injeção de sôro e seus fenômenos consequentes — regra a que o mesmo menino obedecera na primeira vez. Deduziu daí PIRQUET a sua teoria sobre o tempo de incubação. Havia um certo grau de imunidade nos organismos dos revacinados e daí a rapidez com que se operava nêles a reação cutânea. Idênticos estudos feitos em relação à vacina anti-variólica fortaleceram a verdade científica do *encurtamento do tempo de incubação*. PIRQUET resolveu então experimentar a tuberculina segundo o processo usual da linfa variólica, descobrindo, assim a *reação de PIRQUET* (cuti-reação) e atribuindo a sua positividade a certeza de uma infecção tuberculosa anterior. A reação de PIRQUET, é pois, a simples e inócua exteriorização cutânea de uma infecção tuberculosa existente no organismo. Pela cuti-reação o organismo infeccionado só apresenta a inofensiva reação local sem a concomitância das reações geral e focal, que lhe são nocivas. Ela dissocia, pois, os efeitos da tuberculina, afastando os que são prejudiciais e isolando o efeito local, inócuo. A reação de PIRQUET permitiu ainda o reconhecimento da universalidade da infecção tuberculosa e a exata compreensão dos paradoxos verificados anteriormente no emprego da tuberculina. VON PIRQUET tem o grande mérito da des-

coberta da aplicação da tuberculina como meio diagnóstico certo da infecção tuberculosa.

É este o tema que nos interessa neste trabalho. Por isso deixamos de lado tudo quanto se relacione à tuberculinoterapia para só encarar a tuberculina — meio propedêutico.

## II — QUE É A TUBERCULINA?

Afirmam os autores em geral que até hoje não sabemos exatamente o que seja. OREL diz que sabemos apenas o que ela não é... Não obstante, examinemos os dados que nos conduzem ao seu conhecimento mais íntimo.

A análise química da tuberculina oferece uma grande analogia com a constituição química dos bacilos. Encontram-se aí os componentes do bacilo de Koch mais ou menos modificados. As pesquisas sobre a constituição química do bacilo tuberculoso começaram com os trabalhos de AUCLAIR e de PARIS (1897-1909) que se esforçaram por separar os seus elementos constitutivos. Nestes últimos 17 anos, graças aos trabalhos dos autores americanos e de MACHEBOEUF e seus colaboradores em França, que a possibilidade de fracionar o bacilo permitiu penetrar sua complexidade química. O bacilo é dividido em três grandes frações: uma *fração proteica*, uma *fração lipica* e uma *fração poli-sacaridio*. Os químicos estão de acordo em atribuir à fração *proteica* as reações tuberculínicas gerais e focais. É desta fração proteica que F. SEIBERT isolou, sob forma cristalina, partindo do meio sintético de Long (formado de asparagina: 5 grs.; fosfato monopotássico 3 grs.; citrato de amônio 5 grs.; carbonato de sódio anidro 2 grs.; sulfato de magnésio — 1 gr.; citrato de ferro amoniacal — 0,05; glicerina — 50 cc. e água 1.000 cc.) sobre o qual tinham sido cultivados bacilos tuberculosos, uma proteína solúvel na água, que mata cobaias sensibilizadas nas doses apropriadas. Os químicos pensam que é o “princípio ativo” das tuberculinas: a verdadeira tuberculina. É uma núcleo-proteína cuja estrutura química parece análoga, em certa medida, à da proteína 304 extraída do bacilo tuberculoso por T. B. JOHNSON, D. GOGILL e E. B. BROWN.

Não obstante, autores existem que afirmam não ser a tuberculina nem albumina, nem albumose, nem polipeptídio, nem protease, nem lipóide... BIELING encontra-a extremamente absorvível. Até na dose de 1:1.000.000 ha estudos que a mostram capaz de produzir reação. Isto mostra o potencial de sua sensibilidade.

## III — MECANISMO DAS REAÇÕES TUBERCULÍNICAS

Ha uma série de teorias que tentam explicar a ação fisiológica das tuberculinas. Antes de entrarmos no seu estudo façamos algumas

considerações sobre a ação fisiológica em si. As tuberculinas são substâncias relativamente pouco tóxicas para os animais sãos enquanto constituem um veneno extremamente violento para os organismos tuberculosos. Só as tuberculinas muito ativas como o tuberculol B e C de Landmann empregadas em doses fortes (respectivamente 0, cc 5 e 1 cc) podem provocar acidentes mortais na cobaia sã (P. GEIBEL). É preciso para obter os mesmos efeitos 1 gr. de tuberculina bruta de Koch precipitada pelo álcool, e mais ou menos 0,30 centgrs. no camundongo. Seriam as peptonas que esses produtos têm em abundância, a causa dos fenômenos de intoxicação? A. MARIE e M. TIFFENEAU resolveram esta questão usando tuberculina sem peptona pela via intra-cerebral preconizada por VON LINGELSHEIM e A. BORREL: 3 a 5 mgrs. de tuberculina precipitada ordinaria e sómente 0,mg. 75 de tuberculina precipitada sem peptona matam uma cobaia de 500 grs. quando este veneno é levado diretamente em contacto com as células cerebrais. Sub-cutâneamente, em animais tuberculosos, estas mesmas tuberculinas manifestam uma toxidez infinitamente maior. H. BING e V. ELLERMANN acham que alguns fosfatídios teriam a propriedade de aumentar os efeitos tóxicos da tuberculina para os organismos tuberculosos. Esta propriedade *ativante* seria manifesta para um diaminofosfatídio da gema do ovo — a *albina*.

HANS MUCH emitiu a seguinte opinião: a tuberculina como se emprega habitualmente — é uma mistura de alguns *antigenos parciais* que se pode dissociar por meio de ácidos fracos fazendo agir esses ácidos sobre os corpos bacilares. Obtem-se assim primeiro uma substância soluvel na agua, que seria a tuberculina verdadeira (L) e uma outra insolúvel, que é a tuberculina residual (R). Esta última por sua vez também se decompõe em três sub-produtos: albuminas, lípidios e gorduras. Cada uma dessas substâncias chamadas *antigenos parciais* (partigenos) dá lugar a reações locais e gerais que lhes são próprias e engendram anticorpos específicos (anticorpos parciais). *Mas só o partigeno soluvel na agua mata a cobaia tuberculosa.* Os outros dão lugar a reações que se contrariam, se interferem. Resulta disso que o antígeno misto póde não dar reações enquanto que um antígeno parcial produz uma.

Passemos a examinar as teorias que procuram explicar o mecanismo das reações. Temos:

I.<sup>o</sup> — *a teoria da adição*, hoje decadente. A reação geral febril resultaria do encontro da tuberculina introduzida artificialmente com a pre-existente no organismo infectado.

*Crítica:* 1.<sup>o</sup>: a tuberculina provoca reações locais intensas em torno de focos tuberculosos antigos, latentes, incapazes, pois, de resultar a formação de abundantes quantidades de tuberculina livres nos humores.

2.<sup>o</sup>: injeções repetidas de doses muito fracas de tuberculina, impotentes por si só de produzir reações térmicas preceptíveis, bastam

entretanto, para determinar reações celulares inflamatórias no seio e em torno desses mesmos focos tuberculosos.

II.º — ROBERTO KOCH supunha que a tuberculina ativa o “processus” de necrose dos focos tuberculosos, assim como a febre de reabsorção dele resultante. A tuberculina encerraria, assim, certa-quantidade de substância necrotizante, que, em dose elevada, atuaria também nos indivíduos sãos, destruindo os leucocitos e outras células e produzindo febre e outros sintômas. No indivíduo tuberculoso uma dose muito menor seria suficiente para desencadear os efeitos tóxicos, particularmente nos arredores da localização dos bacilos.

KOCH não precisa bem em que consistiria a tal substância necrotizante e sabemos hoje que não são necessárias doses elevadas de tuberculina para reagir nos indivíduos sãos. KOCH desconhecia a verdade dos indivíduos sãos infectados.

III.º — PIRQUET atribuiu a ação da tuberculina a uma reação entre antígeno e anti-corpo (érgeno) com formação de um composto tóxico (apotoxina) que produzia a pápula inflamatória e a sua aureola avermelhada. A qualidade do antígeno (tuberculina) influiria sobre a intensidade da reação e a quantidade de anticorpos seria responsável pela rapidez do seu aparecimento.

IV.º — BESSAU, entretanto, demonstrou que não se tratava de reação entre antígeno e anticorpo porque a sensibilidade à tuberculina não se transmitia passivamente, segundo se patenteou na experiência de parabiose de ROHMER e KÖHLER. Para BESSAU a sensibilidade à tuberculina é função de células vivas, de tuberculocitos, que se formam em adição à infecção. Esses tuberculocitos serão permanentes si os bacilos são vivos e passageiros no caso de bacilos mortos.

V.º — WASSERMANN e BRUCK insistem, porém, nesta questão dos antígenos e anticorpos. Para estes autores, nos focos tuberculosos e em torno deles forma-se uma *anti-tuberculina* suscetível de fixar a tuberculina. Esta anti-tuberculina, produzida em excesso ao nível das lesões tuberculosas poderia mesmo difundir-se no organismo e se encontrar em maior ou menor quantidade, livre no sangue. A reação geral térmica e as reações de focos resultariam da combinação ou da neutralização desta anti-tuberculina pela tuberculina introduzida artificialmente, de modo que a reação de fixação do complemento se opera assim *in vivo* e *com a maior intensidade ao nível das lesões tuberculosas*. Os indivíduos idenes (virgens), não produzindo anti-tuberculina nos humores, compreende-se que as injeções de tuberculina não acarretam nêles a formação do complexo hipertermizante.

O termo *anti-tuberculina* é mal escolhido porque lembra a *antitoxina* suscetível de neutralizar a tuberculina, segundo um mecanismo analogo ao da que reage neutralizando a toxina diftérica ou tetânica. Ora, o complexo resultante da combinação da anti-tuberculina com a tuberculina não é precisamente neutro, pois que se manifesta por efeitos tóxicos traduzidos nas reações térmicas e dos focos.

VI.º — MAURICE NICOLLE faz compreender melhor o mecanismo das ações tuberculínicas a propósito da sua “concepção geral dos anticorpos”, demonstrando a existência nos humores dos indivíduos tuberculosos de uma *lisina da endo-toxina tuberculosa*. Esta *lisina decompõe a tuberculina injetada* e põe em liberdade a substância que determina os acidentes inflamatórios locais e gerais febrís.

A teoria das ações líticas foi esposada por WOLFF-EISNER. Ela explica porque as reações tuberculínicas gerais são intensas e aparecem rapidamente nos indivíduos cujos humores são ricos em lisina; e, si é exato que a lisina se acumula ou seja produzida em maior quantidade em torno dos focos tuberculosos *em evolução*, ela explica também porque esses focos se tornam, após uma injeção de tuberculina, a séde de processos inflamatórios tão exatamente localizados.

VII.º — ARLOING, RODET e J. COURMONT explicam as reações tuberculínicas achando que a hipertermia devia ser a consequência da destruição de alguns elementos do organismo que agiam, então, sobre os centros nervosos termogénéticos.

VIII.º — HERTWIG, BABES, MEYER, EHRLICH e outros autores apresentam novas concepções baseadas, via de regra, na essência de ser a reação uma *reação de antígeno e anti-corpo* ou um *fenômeno de hipersensibilidade protéica*.

IX.º — Seriam os fenômenos observados com a tuberculina analogos aos *fenômenos de anafilaxia de Ch. Richet?*

Veremos que não.

a) A tuberculina parece sensibilizar animais sãos quando injetada em altas doses, sobretudo intra-venosas. Mas *esta sensibilização*, que foi obtida por Marie e Tiffeneau, Slatineanu e Danielopolu, O. Bail, Orsini, Calmette com M. Breton e Georges Petit, *desaparece no fim de alguns dias*, quando a tuberculina foi eliminada, *em lugar de persistir e de se acentuar, como seria o caso si a tuberculina exercesse uma ação anafilatisante*.

b) Quando se injeta (CALMETTE) em homens e animais sãos doses muito fortes e progressivamente crescentes de tuberculina bruta (2 a 10 mg. no homem, p. ex.) chega-se, após 7 ou 8 injeções, a determinar reações febrís. Mas estas reações, frequentemente fortes, sempre de curta duração e muito precoces não têm o mesmo caráter das verdadeiras reações tuberculínicas. Elas são, além disso, inconstantes e si as injeções são continuadas sem que se aumentem as doses, *elas se atenuam, depois desaparecem completamente em vez de se agravar, como seria o caso si se tratasse de um fenômeno de anafilaxia*.

E. SELIGMANN e E. KLOPSTOCK retomaram estas experiências. Cobaias sãs que receberam, 0,cc1 ou 0,cc2 de tuberculina bruta não apresentaram nenhuma sensibilização. Mas injeções sub ou intra-cutâneas repetidas à dose de 0,cc2 em intervalos de alguns dias deram uma sensibilidade correspondente a uma injeção intra-venosa

de 0,cc2 ou 0,cc3 da mesma substância (abaixamento marcado da temperatura e outros sintômas de choque anafilático). Em cobaias testemunhas tratadas com injeções de caldo glicerinado nada se observou. Em nenhum caso estes autores obtiveram reações cutâneas típicas após injeção intra-dérmica de 0,cc2 de tuberculina em cobaias preparadas como foi indicado.

CALMETTE se convence de que as *pseudo-reações tuberculínicas observadas em indivíduos sãos, aparentemente sensibilizados, eram devidas às impurezas da tuberculina e não à tuberculina em si, porque as mesmas experiências refeitas com uma tuberculina não peptonizada, preparada com culturas em meio mineral à base de succinimida adotada pelo autor, não conduziram nunca ao mesmo resultado: nem no homem nem nos animais sãos houve sensibilização.* Conclue CALMETTE, em resumo, que a reação tuberculínica, nos tuberculosos, não póde ser encarada nem como um fenômeno de anafilaxia, nem como um fenômeno de anafilatoxia. Resultaria da *ação lítica* de algumas substâncias, contidas nos humores dos indivíduos *bacilizados*, sobre a tuberculina, e *esta ação lítica dá lugar à formação de um produto tóxico e hipertermizante*, que é o fator essencial das reações tuberculínicas gerais ou locais.

#### IV — ESPECIFICIDADE DA REAÇÃO TUBERCULÍNICA

Existe uma relação biológica particular entre o organismo infectado e o germe infectante?

Inúmeras investigações se realizaram tendentes a negar ou a provar esta especificidade. Era preciso demonstrar que só os tuberculosos reagem à tuberculina e que só a tuberculina provoca nêles o mesmo tipo de reação.

PIRQUET não vacilou na afirmativa baseando-se nos seus estudos e em 200 necropsias de indivíduos que mostraram "post-mortem" a confirmação de uma cuti-positiva verificada em vida.

SCHREIBER injetou em latentes idenes, sem o menor acidente, doses enormes de tuberculina (50 mgrs.).

HAMBURGER injetou em uma menina de 6 anos, 500 mgrs. e em um latente 1.000 mgrs.

ENGEL e BAUER atingiram 20.000 mgrs. em uma criancinha.

Uma ou outra reação anespecífica, ocorrida raramente a um ou outro investigador, em experimentações análogas, é encarada por RIST como produzida sempre por *impurezas* contidas na tuberculina.

Os indivíduos idenes mostraram sempre uma grande tolerância para doses enormes da linfa de KOCH nas tentativas de imunização artificial pela tuberculina. Os infectados pelo bacilo de KOCH já se comportam muito diferentemente: apresentam reações violentíssimas e incontidas a doses infinitamente pequenas. 5 ou 10 mgrs.

apenas desencadeiam reações pronunciadas no indivíduo tuberculoso. Uma cobaia sã que suportou impunemente cerca de 50.000 mgrs. de tuberculina, não suportaria 10 ou 20 mgrs. si tivesse sido infectada 4 semanas antes. BORREL demonstrou que não suportaria mesmo nem a milésima parte de 1 mgr. si fosse aplicada por via central.

O contraste de tolerância, é, pois, eloquente!

Ha, comtudo, observações tendentes a provar que indivíduos sãos também reagem à tuberculina. GROSSER e KEILMANN mostraram que reações aparecidas no local de injeções intracutâneas eram apenas reações traumáticas que desapareciam, em geral, em 48 horas. BESSAU conseguiu reação intracutânea em cobaias e indivíduos sãos, pela inoculação prévia de bacilos mortos. Do mesmo modo LANGER e outros observadores, MÓRO e KELLER com algumas variantes. Estes mesmos obtiveram a reação positiva sensibilizando anteriormente o animal com vacina anti-variólica e tuberculina, em vez de bacilos mortos. E FERNBACH foi além, empregando apenas caldo glicerinado simples, conjuntamente com a linfa anti-variólica. E conseguiu reação positiva não só à tuberculina como também ao caldo. Todavia, todas estas reações se distinguem facilmente da verdadeira tuberculínica exercida nos indivíduos infectados porque: 1.º, se processam muito mais rapidamente; 2.º, atingem o apogeu em 24 horas e desaparecem em 48 horas; 3.º, além disso, só foram conseguidas com aplicação intracutânea, jamais pela prova cutânea de PIRQUET.

Tudo isso se explica cientificamente pelo fenômeno de SANARELLI-SCHWARTZMANN, isto é, por uma alergia anespecífica ou para-alergia e não destrói a verdade de que só o indivíduo com bacilos tuberculosos vivos no organismo apresenta as reações típicas da tuberculina.

Mas ainda existem outras objeções. Os tuberculosos apresentam reações analogas com outras substâncias (produtos albuminoides, peptonas, deutero-albumoses e especialmente produtos bacterianos — MATTHES e KHREL, ENZ, TEZNER, KORBER, etc.) SORGO disse logo que eram reações anespecíficas e SELTER mostrou mais: que elas só apareciam nos tuberculosos porque o *infectado pelo bacilo de KOCH é muito mais sensível aos excitantes biológicos do que o indivíduo indene*. Outros autores comprovam isto e mostram ainda que a pele dos tuberculosos reage a todas as substâncias que provocarem no seu organismo reações gerais. Além disso, os que não reagem à tuberculina não reagem também aos outros produtos (SELTER, NOBEL-ROSENBLUTH). Podemos, pois, concluir com REDEKER e a maioria dos autores que a sensibilidade da pele à tuberculina caminha paralelamente à sensibilidade cutânea às substâncias protéicas. Qualquer modificação em uma força a outra no mesmo sentido. Mas nesse paralelismo existe uma diferença respeito à dose. SCHMIDT, um dos negadores da especificidade da tuberculina diz que uma injeção de 1 cc. de leite produz reações analogas às da tuberculina. HAYECK friza, porém, que em 1 cc. de leite ha 30 mgrs. de pro-

teínas, ao passo que 1 mgr. de tuberculina, que dá reações equivalentes, só contém 0,003 mgrs. de proteínas. Concluamos: *só a tuberculina, nas pequenas doses em que é aplicada, dá as reações típicas nos indivíduos infectados.* Todas as outras substâncias exigem doses maiores que a tuberculina. *A tuberculina age diretamente,* diz MANCINI, enquanto as outras substâncias agem indiretamente. Invoca-se ainda o característico de que uma reação tuberculínica não muito antiga reativa-se diante de uma nova reação feita em outro lugar. SELTER e TANCRÉ acrescentaram ainda que esse mesmo fenômeno podia aparecer em qualquer outra inflamação cutânea anterior de etiologia muito diversa. Mas BLUMENBERG opõe ao fato julgado peculiar à tuberculina a verificação da mesma coisa com extrato de colibacilos. E diz mais, que até a pápula tuberculínica em sua estrutura anátomo-patológica idêntica às dos tecidos tuberculosos (células gigantes rodeadas de células tuberculoídes) era reproduzida com o colibacilo. ZIELER frizou, porém, que a tuberculina só produzia tal estrutura tuberculoíde num indivíduo infectado, não sendo capaz de produzi-la, nem mesmo em doses enormes, em indivíduos indenes, ao passo que o extrato de colibacilos a causava em ambos. Além disso, si o extrato de colibacilos fosse filtrado, nem no tuberculoso essa estrutura aparecia... Todas estas ocorrências se explicam hoje pelo fenômeno de Sanarelli-Schwartzmann. A própria estrutura tuberculoíde não é peculiar a este ou aquele germe, pois decorre do mesmo citado fenômeno, isto é, exige para a sua formação a sensibilização prévia do animal. E' consequência da reação alérgica ou para-alérgica do animal sensibilizado, segundo demonstrou LEWANDOWSKI. Outros autores como BORDET, DIENES, JODASSOHN, HEISE, BROWN e POTTER confirmam estes fatos.

Todas as inúmeras discussões sobre o assunto resultam afinal que, sendo ou não específica a reação tuberculínica — a verdade é que *só o infectado pelo bacilo de KOCH apresenta a reação típica e que só a tuberculina, mas doses usuais, provoca nos infectados o tipo dessas reações.*

H. KOCH, DEBRÉ e LAPLANE afirmam que o único meio de determinar a especificidade do processo (tuberculoso, primo-infecção) é a reação tuberculínica cutânea.

E E. EIZAGUIRRE escreve que toda reação tuberculínica positiva é prova evidente e indiscutível de que o organismo que a apresenta padeceu ou padece uma lesão tuberculosa.

## V — PROCESSOS USADOS PARA A REAÇÃO TUBERCULÍNICA

São muitos e variados os processos que se empregam nos exames pela tuberculina.

a) Temos em 1.º lugar o processo de KOCH, hoje em desuso, consistindo na injeção sub-cutânea de tuberculina. Ha reação gè-





## Vacina contra a Tuberculose

# A—O

A vacina A—O é uma suspensão de bacilos tuberculosos do tipo humano, creados em meios de cultura capazes de conservar as suas facultades imunisadoras, isentando-os de seu elemento alergeno.

A imunidade creada pela vacina A—O é ativa e prepara o organismo para resistir aos assaltos ocasionaes do bacilo da Tuberculose.

Seu emprego profilatico está grandemente difundido em seu paiz de origem, onde as estatisticas officiais extraidas de relatorios de experimentos feitos no Exercito Japonez, afirmam sua alta eficacia.

Destina-se ao tratamento e sobretudo á profilaxia da Tuberculose.

A—O numero 1 emprega-se com o fito therapeutico.

A—O numero 2 emprega-se com fim profilatico.

Compreende duas series, uma infantil outra adulta.

O intervalo entre as applicações varia, sendo de oito a dez dias para fins therapeuticos e de vinte dias para fins profilaticos.



## Sinomenina Hidroclorica



### Especifico para reumatismos e neuralgias

A Sinomenina Hidroclorica, ora apresentada aos clinicos do Brasil, é um produto ha muitos anos empregado no Japão.

Sua eficacia explica seu uso constante desde tempos antigos. E' um produto vegetal obtido de uma planta medicinal ha muito empregada como remedio especifico do reumatismo e da neuralgia.

O alcaloide cristalizado retirado desta planta, da familia das Menispermaceas, tem a propriedade de dilatar os vasos sanguineos locais e acelerar a produção fisiologica da linfa, facilitando as trocas organicas.

#### INDICAÇÕES:

Exerce maravilhosos efeitos sobre o reumatismo agudo e cronico, torti-colis, lumbago etc. Uma serie de cinco applicações é na maioria das vezes suficiente para o tratamento.

Empregam-se uma a duas vezes ao dia até alcançar o resultado almejado.

**PRODUTOS JAPONEZES DE QUALIDADE**

Importadores:

# HARA & CIA. LTDA.

Praça da Sé, 54 — 1.º andar — Caixa Postal, 2.012 — Tel. 2.7104

SÃO PAULO

# PYORRHÉA

Gengivas sangrentas, dentes abalados e mau halito: Resultados positivos em 8 dias, com o específico

**PYORRHON.**

CONSULTAS: 30\$000.

DEMONSTRAÇÕES PRÁTICAS AOS SENHORES MÉDICOS E DENTISTAS.

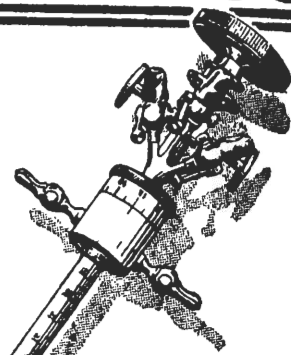
**DR. CLINEO PAIM**

Rua Barão de Itapetininga, 120  
5.º andar - Salas, 505 e 506  
(Casa Guatapará)

Tel: 4-4050 - SÃO PAULO

# ENDOSCOPIOS

PARA TODOS OS CASOS DE DIAGNOSTICA E CIRURGIA



CISTOSCOPIO UNIVERSAL  
"MIRA - MORAES BARROS"  
PATENTE 26000 - 2

**Cisclepio Mira LTD.**  
RUA CESARIO MOTTA 335 TEL. 4-1811 CAIXA POSTAL 2425

SÃO PAULO

# Pyorrhon

Um medicamento que veio resolver os casos de Gengivites e Pyorrhéa

## A TESTADO

E' para mim um prazer atestar que venho empregando em minha clinica com os mais brilhantes resultados, o **Pyorrhon**, medicamento de escol para o tratamento da Piorrhéa Alveolar e das Gengivites.

Tambem venho calorosamente recomendando o seu uso aos meus pacientes, porque assim fazendo estes teem assegurada a perfeita saude do seu meio bucal.

O **Pyorrhon** é um preparado que pela propaganda honesta com que é lançado e pelos seus meritos, merece da nossa classe a melhor acolhida.

São Paulo, 6 de Outubro de 1939.

Octavio Demacq Rosas.

**Receite PYORRHON aos seus clientes**

ral (mau estar, desânimo, dores articulares, distúrbios gástricos e, particularmente, um aumento de temperatura). Começa de regra 8 a 10 horas depois da injeção mas pode vir tardiamente, mesmo após alguns dias. Comumente se considera um aumento de 0,05 na temperatura em relação aos dias anteriores como reação positiva. KOCH recomendava começar com a dose de 1 mgr. de tuberculina, subindo gradativamente até 10 mgr. Não havendo reação febril o resultado era negativo. PETRUSCHKY começa com menos: 0,1 mgr. e vai só até 5 mgr. MÜLLER e BANDELIER-ROEPKE iniciam a prova com 0,2 mgr. e só vão a 5 mgr. também.

CZERNY e MÓRO consideram esta reação nociva e perigosa na infância. CALMETTE dá como contra-indicações do seu emprego: pessoas com temperatura (máximas superiores a 37,3, que deverão ficar acamadas até normalizar a temperatura caso queiram fazer a prova); hemoptises recentes ou antigas; convalescentes de moléstias infectuosas; cardiopatas; albuminúricos; diabéticos; doentes do sistema nervoso ou dos órgãos dos sentidos.

b) CALMETTE, MAURICE BRETON e J. MINET empregaram a reação tuberculínica por absorção retal, injetando em doentes, sob forma de lavagem, 0, gr. 01 de tuberculina misturada a 50 grs. de leite. Obtiveram mais ou menos constantemente a reação febril característica. Este processo, é, às vezes infiel porque a absorção retal pelo grosso intestino é variável segundo os indivíduos e, por esta e outras razões, não está na prática corrente.

c) F. HAMBURGER recomenda a chamada "reação de picada" de Escherich: — injeção sub-dérmica de 1/10 de mgr. de tuberculina antiga de KOCH, que se exteriorisa pela reação no túnel cutâneo aberto pela agulha. Também é um processo em desuso.

d) Temos ainda a oftalmo-reação de CALMETTE e WOLFF-EISNER. Consta ela da instilação de 1 gota de solução de tuberculina a 1% ou tuberculina antiga de Koch no saco conjuntival, apresentando, depois, os aspectos característicos descritos pelos autores.

A reação está hoje fora de uso porque é irritante, podendo dar pseudo-reações de difícil distinção além de queratites, írido-coroidites com esclero-queratites e mesmo cegueira completa, segundo o afirmam, ROEMER e KALT.

e) Sem valor prático apreciável e por isso mesmo desusadas, também temos as reações de OPPENHEIM (uma gota de tuberculina na uretra); POLLACCI (a chamada labio-reação); RICHTER-PAGANO e SCHWAB (vagino-reação); LAFFITE-DUPONT e MOLINIER, MÖLLER (rino-reação); TEDESCHI (aurículo-reação).

f) Não se usam também as variantes cutâneas ou trans-cutâneas de LIGNIÈRES (consistindo em raspar a pele e aplicar ou friccionar uma gota de tuberculina); de FEER (atritar a pele antes com esmeril); de GRASS (que apenas substitue o esmeril por lixa); de BRANDES (que executa a mesma coisa com terra de infusório); de PONDORFF (que faz lanhos na pele).

g) A prova de LAUTIER também chamada do esparadrapo, sendo uma das reações cutâneas e de quasi nenhum uso atualmente, foi modificada em 1933 por GROZIN, que dá notícia disso no "American Journal of Children", de julho desse ano. A técnica original publicada em 1908 por LAUTIER (Société de Biologie, 7 de janeiro) consistia em se colocar, na face externa do braço, sem prévia preparação 1 bolinha de algodão com 3 gotas de tuberculina diluída a 1%. Recobre-se com um pedaço de esparadrapo, que é sujeito por um pouco de algodão e uma tira de gaze. Deixa-se 48 horas. Retira-se tudo após esse tempo e deixa-se passar 1 ou 2 horas. Reação positiva: placa rósea de eritema papuloso ou com pequenas ilhotas múltiplas. Pele espessa, inflamada, dando sensação de secura e rugosidade. À lente vêem-se pequenas vesículas muito finas com um liquido incolor. Sua duração é de 2 a 20 dias com sensação de coceira. A modificação de GROZIN, que lhe dá o nome de "PACHT", consiste em recobrir 1 gota de tuberculina antiga de Koch diretamente com 3cm.<sup>2</sup>, mais ou menos, de esparadrapo, que será levantado dentro de 48 horas.

h) Pelo que se conhece dos resultados colhidos com tal emprego, o mesmo não invalida a grande aceitação de que gosam e muito justamente a percutâneo-reação de MÓRO e DOGANOFF e, sobretudo, a cuti-reação de PIRQUET e a intra-dermo reação de MANTOUX.

Vejam, primeiramente, o processo de MÓRO. Consiste ele em friccionar com o dedo uma porção de pomada tuberculínica, do tamanho de uma ervilha, em uma área de 5 cm., durante 1 minuto, até se obter a sensação de secura. Não ha perigo para o observador porque a face palmar do dedo não tem glândulas sebáceas e a tuberculina não é absorvida. A fricção é feita vigorosamente, no externo do paciente porque a pele aí é mais sensível. Nos escrofulosos pode apresentar exantema (WEGENER). As peles espessas, secas são menos sensíveis. A verificação se faz dentro de 48 horas. São reações positivas: pequenos nódulos de 1 a 3 mm. de diâmetro, (reação miliar). As reações mais fortes apresentam nódulos maiores, aureolados de tom vermelho e podem surgir até vesículas com intenso rubor da base. Quando os nódulos se reúnem temos uma "reação confluyente". Às vezes ha erupções fóra da área friccional (reação vesicular).

HAMBURGER e STRADNER melhoraram o processo concentrando o unguento de Móro de modo a manipula-lo com 2 partes de tuberculina para uma de lanolina.

WIDOWITZ recomenda como pormenor importante de técnica: fricção prévia da pele com algodão embebido em éter para facilitar a penetração da pomada.

A reação de MÓRO presta bons serviços, principalmente nos exames em massa, tendo uma sensibilidade que oscila entre as da cuti e da intra-dermo reação.

## VI — A CUTI-REAÇÃO DE VON PIRQUET

E' a seguinte a técnica da cuti-reação:

1 — assepsia da região: face anterior do ante-braço, com algodão embebido em alcool ou éter;

2 — paralelamente, no sentido longitudinal, a 8 ou 10 cms. uma da outra, fazem-se 2 ou 3 escarificações na pele (ou sob a forma de pontos si se usa o perfurador de PIRQUET ou em cruz si se usa o vacinostilo, como recomenda PETRUSCHKY). Uma das escoriações é deixada como testemunha. Em cada uma das outras deposita-se uma gota da tuberculina bruta de KOCH. Alguns autores põem antes a tuberculina, depois escarificam. A escarificação crucial de PETRUSCHKY é preferida, em geral, pelos autores, ao lado da linear de COMBY;

3 — a profundidade da escarificação deverá ser tal que apenas produza a abertura dos espaços linfáticos cutâneos, sem sangrar. Ha quem aconselhe colocar-se uma gaze sobre o local e prende-la com esparadrapo e quem recomende enfaixar o braço compressivamente (ARONADE e FALK) todas práticas inúteis e nem sempre inócuas;

4 — terminada a técnica operatória ha uma pequena inflamação local traumática (área avermelhada e endurecida nas escarificações) que desaparece no fim de algum tempo, ficando só a vermelhidão e a crosta cicatricial, 24 horas. Isto depende da intensidade do ferimento cutâneo e das condições peculiares da pele. Pode falhar ou permanecer durante mais de 24 horas, até com 10 mm. de extensão.

Segundo PIRQUET, 12 horas mais ou menos depois da cuti inicia-se a reação anespecífica devido ao caldo, o que atinge o maximo dentro de 15-18 horas. Desaparece totalmente em 48 horas. A reação tuberculínica leva algum tempo para começar (tempo de incubação de PIRQUET) que vai de algumas horas a alguns dias. Reconhece-se pela formação de uma pápula de 3 mm. a 30 mm., mais ou menos, de diâmetro. Nas reações rápidas ela é visível em poucas horas. Regra geral é bem desenvolvida em 24 horas, com casos de 48 horas e até de dias (reações tórpidas, de PIRQUET).

Quanto à cor da reação ha variações desde o vermelho berrante até lividez completa cuja positividade para ser reconhecida exige variações de incidência de luz (reações caquéticas, de PIRQUET). Às vezes, nos limites das pápulas ha pequenos nódulos semelhantes ao "Lichen scrophulosorum", acontecendo isto nos escrofulosos, donde — "reação escrofulosa". Raramente aparece no centro da pápula uma vesícula (reação muito intensa). Nunca ha pús a não ser em doentes com impetigo ou outra moléstia cutânea.

48 horas marcam o apogeu da reação, e portanto, a ocasião mais favorável da leitura. Os fenômenos entram lentamente em retrocesso. A exsudação diminui. O vermelho passa a arroxeado, depois a amarelado cada vez mais pálido. Cede a infiltração. No fim de uma semana observa-se uma pigmentação residual, que também desaparece.

A leitura da reação feita nas 24 horas pode trazer 75% de erros. E isto acontece muito quando se usa o perfurador, diz STRÖM.

FRÖLICH, que observou os escolares de Oslo, examinando-os depois de 13 anos, é muito criticado por ter feito leituras em 24 horas e daí obtido 84% de resultados positivos. Há reações evidentemente positivas em 24 horas que se transformam em evidentemente negativas em 48 horas. HEIMBECK e HELLESEN examinaram à cuti também os escolares de Oslo e só obtiveram 40% de resultados positivos, lendo as reações 48 horas depois. USTVEDT e outros aconselham 72 horas para ler si não foi possível fazê-lo em 48 horas. E nunca em 24 horas. Um outro risco frequente da leitura em 24 horas é a perda dos resultados tardios. LISA BRUM examinou em 1925 e 1926 cerca de 1.055 escolares de Kiel, pelo PIRQUET. Leu os resultados 48 horas depois, releu-os 8 dias mais tarde e verificou 16% de reações tardias. Haverá ainda maior chance de acontecer isto nas leituras de 24 horas. USTVEDT afirma: o melhor característico de uma reação tuberculínica é a sua evolução lenta. DEBRÉ e COFFINO avaliam a sua permanência em 8 dias. Nas chamadas reações rápidas a rapidez consiste no aparecimento da reação e não no seu desaparecimento.

*De que tamanho deve ser a pápula para se dar uma reação como positiva? 5 mm. de diâmetro, no mínimo, diz PIRQUET. Para SCHEEL, toda pápula com 2 mm. de diâmetro, dentro de 48 horas. O mesmo afirma STRÖM, que acha, no entanto, haver pápulas menores mas que indicam positividade. Nos casos duvidosos deve-se repetir a reação. Neste particular, há divergência, considerando a possibilidade de uma reação mais antiga se reinflamar (reação secundária de PIRQUET: reação de revivescência, de CALMETTE; fenômeno da sensibilização, de LOEWENSTEIN e RAPPAPORT e "co-reação" de muitos autores.)*

Talvez que o melhor critério seja um repique à Mantoux.

Vê-se que a reação de PIRQUET, embora muito boa na prática, varia muito nas mãos dos experimentadores. Há variações ainda concernentes às condições próprias da pele; às oscilações nutritivas do organismo e ao seu equilíbrio alérgico; à intensidade e qualidade da luz (a escuridão e os raios ultra-violeta retardam-na); à estação do ano (a primavera fortalece-a); ao critério pessoal do observador; à região do corpo em que a reação foi feita; à concentração do preparado (a intensidade da reação depende do teor da tuberculina absorvida); à preparação (afirmam OREL, KUSTER e PÖCKELS que não há duas tuberculinas iguais saídas do mesmo laboratório); jamais se

saberá além disso a quantidade exata de tuberculina depositada na pele.

Por todas estas razões e para abreviar o tempo do serviço, no Instituto de Tisiologia “Clemente Ferreira” só se emprega a

#### VII — REAÇÃO DE MENDEL - MANTOUX

que vamos estudar.

MENDEL verificou que no lugar em que se enfiou a agulha de uma injeção terapêutica de tuberculina houve reação. Acreditou que uma injeção intra-cutânea de tuberculina, segundo a técnica usada por SCHEICH em anestesia devia dar bom resultado diagnóstico. MANTOUX e ROUX recomendaram este mesmo processo na espessura da pele e daí — a “intra-dermo-reação”, como se chama. Levava logo esta reação sobre a cuti de PIRQUET a vantagem de se lidar com uma dose conhecida de tuberculina, aumentável à contada do observador, permitindo a verificação da sensibilidade do organismo através da *dosis reactiva mínima*, de OREL.

E' um tanto dolorosa e de técnica mais complicada, não obstante, praticamo-la sem nenhum inconveniente na “Clínica Infantil” do Instituto até em criancinhas bastante novas.

E' a seguinte a técnica da reação:

a) assepsia da pele, como na reação de PIRQUET;  
b) introdução da agulha (fina, curta e com o bisel para cima) paralelamente à superfície cutânea, penetrando bem na espessura da derme;

c) injeção de 1/10 de cc. da solução de tuberculina, devendo ser usada a seringa especial rigorosamente calibrada e marcada em décimos de cc.

Forma-se uma pequena bolha de edema, que desaparece dentro de 1/2 hora.

MANTOUX e ROUX recomendam como dose inicial 1 gota da solução de tuberculina a 1:5000. ENGEL aconselha a solução a 1:1000. — E' esta solução que a “Clínica Infantil” do Instituto emprega no ato da matrícula. A estes respeito cabe aqui um reparo de ordem prática muito interessante. Obedecendo à orientação que não a de quem presentemente dirige esta secção, empregava-se na mesma solução tuberculínica a 1:200. Os resultados não se fizeram esperar: as reações eram demasiado violentas, sendo frequente as escaras e até reações gerais; o eritema polimorfo era comum e até se contou reativação de focos, como está registrado nas fichas do serviço. A orientação certa do atual responsável pela secção fez cessar todos esses desagradáveis inconvenientes.

Habitualmente a dose aplicada vai de 0,01 mg. até 1 mgr. (PIRQUET aconselha esta dose depois de uma cuti negativa). Na “Clínica Infantil” do Instituto de Tisiologia “Clemente Ferreira” cos-

tuma-se repicar as reações negativas a 1:1000 com uma solução a 1:100, o que é feito na secção de premunições pelo B. C. G.

Parece-nos que a melhor prática seria o repique com doses sucessivamente crescentes de tuberculina, como, aliás pratica no Rio, ALVIMAR DE CARVALHO: 2 cuti; 1 Mantoux a 1/200, e 1 Mantoux a 1/50 afim de se colher o momento alérgico da criança com maior precisão, medindo-lhe a capacidade reacional. E cabe aqui a indagação: não voltariamos a incorrer, com a orientação atual na triste experiência das diluições a 1:200?

Para que se considere com precisão uma criança anérgica os autores costumam chegar a repicar a reação de Mantoux até ao limite de 1:10 de diluição. Também não é esta a norma seguida no Instituto, onde a dose maior é apenas 1:100, passando a criança a ser premunida. Não nos cabe indagar as razões de ordem técnica que determinaram tal orientação, querendo-nos parecer que aqui se trate mais de uma questão de ganhar tempo, uma vez que a melhor norma seria o repique cada 5-8 dias o que levaria mais tempo (talvez considerado *muito tempo*...) para que uma criança estivesse em condições ótimas para a premunição. Não invadiremos largo espaço de seara alheia mas pensamos que o B. C. G. deve ter todo o caráter de um método e como tal deve ser seguido rigorosamente. Seria a rigor anérgico um indivíduo que experimentou sua capacidade reacional à tuberculina apenas tendo alcançado a diluição 1:100? E, nesse caso, caber-lhe-ia, também a rigor, a premunição? Uma vez que o B. C. G. visa de fato premunir que faremos nós ministrando-o a pessoas alérgicas? Nenhum mal, é verdade, Mas positivamente também nenhum benefício, o que, em nosso entender, seria desvirtuar o método. Esta crítica ligeira não visa o método mas o emprego racional do tuberculino-diagnóstico e está, por isso, dentro da nossa tése.

Alguns reparos ainda está reclamando o emprego da tuberculina como diagnóstico na Secção, de Adultos do Instituto, onde também se emprega o Mantoux e a 1:200, no ato da matricula. E' também uma dose muito forte e já temos observado acidentalmente algumas reações desagradáveis. Si nas crianças ainda se controlam as reações negativas, nesta Secção a única diluição empregada é a que citamos. E só se repicam, acidentalmente, as reações negativas com achado radiológico.

Mas passemos a outras questões.

Acham os autores em geral que a diluição da tuberculina deve ser recente e em sôro fisiológico. Estamos fazendo observações sobre este assunto, empregando na "Clínica Infantil" diluição já datando de meses e sem conserva-las em geladeira. Embora não tenhamos ainda a conclusão desta interessante experiência, até o momento não vemos porque se dêva recomendar com tanta insistência as diluições recentes. Os resultados colhidos, até agora, com o processo usado na Secção citada têm sido muito fiéis.



Ha um pormenor na técnica da intra-dermo-reação, que merece cita. Referimo-nos ao processo da "puntura simples". STEWART usou-o em 1927, consistindo o mesmo em depor-se 1 gota de tuberculina bruta sobre a pelle; atravessando-a com uma agulha de coser n.º 22, penetrando-se a derma numa extensão aproximada de 1/2 cm. TRAMBUSTI substitue a agulha de coser por uma comun de injeção e emprega tuberculina diluida. CERVINI e URQUIJO dão ainda um movimento de rotação à agulha antes de retirar-la e notam com esta manobra que a reação é mais nítida. Os propugnadores desta técnica de "puntura simples" acham-na mais simples, menos dolorosa e tão sensível quanto à reação original de Mantoux e observam que ela não apresenta nem flitenas nem escaras.

Vejam, agora, as *reações positivas* à intra-dermo. 6 horas depois de feita a prova nota-se vermelhidão e inflamação no local injetado, que se torna doloroso. Pode haver nódulo, vesícula ou necrose com o decorrer de mais algum tempo. Acme da reação: 30 horas depois. O retrocesso começa no fim de 3 dias, restante, depois, uma pigmentação escura.

Na reação de Mantoux o traumatismo cutâneo é maior e o contingente excitante anespecífico também.

A leitura deve ser feita 48 horas depois, ou, como preconizam outros, 72 horas, para revisão dos enganos possíveis naquêl prazo.

O tamanho da pápula para se julgar a intensidade da reação oferece divergências entre os autores. Em geral o acordo está em 10 m. m. de diâmetro depois de 48 ou 72 horas (WALLGREN, ARBORLIUS, STRÖM). O subjetivismo aqui é maior do que no Pirquet.

O Mantoux gosa da fama de ser mais sensível do que o Pirquet. E DEBRÉ e COFFINO frizam ainda mais uma vantagem sua: evidenciar a alergia produzida pelo B. C. G., em que a intra-dermo sobrepuz a cuti.

O critério para se fazer a leitura da reação varia com os autores, de onde também as variações de sinalética. Não vamos citar os vários criterios adotados o que seria fastidioso e sem valor prático. Limitar-nos-emos a dar a orientação seguida na "Clínica Infantil":

NEGATIVO — = nem vermelhidão nem edema.

DUVIDOSO: ± = só vermelhidão.

FRACO: + = edema de 10 mm. de diâmetro.

MÉDIO: ++ = edema de 10 a 15 mm. de diâmetro.

FORTE: +++ = edema de mais de 15 mm. de diâmetro.

FORTISSIMO: ++++ = edema com formação de pápulas muito infiltradas e apresentando vesículas ou bolhas com escaras tardias.

E' o critério idêntico ao de MC. PHEDRAN e CHADWICK (estes não têm os sinais — nem ±).

## VIII — O GRANDE VALOR DA TUBERCULINA

é denunciar a existência de bacilos vivos nos organismos que lhe são sensíveis. Isto, aliás, foi previsto por PIRQUET. Ela denuncia, pois, não só a tuberculose evolutiva (a doença) como também a simples infecção tuberculosa, que só assim é reconhecida. Esta infecção é infinitamente espalhada nas grandes aglomerações humanas. E de cada 1.000 indivíduos infectados, só 2 ou 3 morrem de tuberculose. Além destes ha uma parte de infectados que às vezes demonstram quebra do equilíbrio alérgico apresentando sintômas da doença mas que passam transitoriamente. São os que adoecem e se curam. A grande massa, porém, jamais vacila acentuadamente no equilíbrio alérgico mantido. São os que possuem a *infecção fisiológica*, de MIRCOLI.

Ora, as reações tuberculínicas são positivas em todos os infectados-sãos, a vida inteira ou que morrem de tuberculose. Elas não predizem a sorte de cada um. Não informam nem a extensão ou localização do processo. Informam apenas si o indivíduo tem ou não bacilos vivos no organismo.

O recém-nascido, salvo raríssimas exceções, não reage à tuberculina. A reação só mais tarde começa a aparecer de modo que o adulto de 25-30 anos, nos grandes centros urbanos raramente deixa de reagir positivamente.

Logo depois de infectado o organismo leva algum tempo para apresentar uma reação positiva. E' o "período pre-alérgico" de DEBRÉ e JACQUET, o "tempo de incubação biológica" de HAMBURGER. Quando surge a primeira reação positiva temos o início constatável da infecção. Só assim se pode afirmar a existência da contaminação. Se se quer ter a certeza da infecção é preciso empregar fortes doses de tuberculina. Como isto só acontece injetando tuberculina, o Mantoux é mais precoce que o PIRQUET. Por isto êle é positivo mais cedo. Decorridos alguns dias, o Pirquet aparece. *De regra a duração do período anti-alérgico vai de 4 a 8 semanas si se emprega o PIRQUET.* A duração do período anti-alérgico varia inversamente com a intensidade do contágio. LANGER refere os períodos mais longos: de 6 até 11 meses. Fraquíssima logo depois da contaminação, a sensibilidade à tuberculina vai crescendo até que se exterioriza evidentemente pelas provas cutâneas, nas doses comumente usadas. O fim do período anti-alérgico é marcado pelo PIRQUET. E uma vez instalada a alergia, esta permanece, de regra, a vida inteira. Estabelece-se um "modus-vivendi" entre o hóspede e o hospedeiro, um certo equilíbrio cuja existência é verificada exclusivamente pela tuberculina. De anérgico, i. é, insensível à tuberculina, o organismo passa a ser alérgico, podendo tornar-se até extremamente sensível ao estímulo tuberculínico. A escala de sua intensidade varia, sofrendo alterações dependentes de vários fatores. A continuidade de pequenas doses de tuberculina ou a constante super-infecção

exaltam a sensibilidade do alérgico. As reações se tornam mais intensas. Doses grandes de tuberculina, pelo contrário, conduzem o organismo à insensibilidade (HAMBURGER e MONTI). LOEWENSTEIN verificou que raramente reage à tuberculina quem chega a tomar, de uma só vez, 10 mgr. Talvez seja isto mais uma razão para se explicar a ausência de reação nos tuberculosos graves, nas vésperas da morte. O organismo depauperado, intoxicado profundamente pela tuberculina resultante dos sucessivos fenômenos de Koch atinge, assim, à insensibilidade, a que se chama *anergia negativa*. Si o organismo não sofre, posteriormente à primo-infecção, a influência de novas contaminações ou de outros fatores a alergia alcança um certo desenvolvimento e depois começa a diminuir. Desde que não haja novos estímulos, o foco primário vai envelhecendo e com o tempo a sensibilidade à tuberculina decresce tanto, que chega a desaparecer.

O organismo torna-se *positivamente anérgico*, segundo HAYECK. Só doses maiores de tuberculina, não tão grandes como as suporta o anérgico verdadeiro, conseguem fazer reagir de novo. Disto decorre porque as crianças têm quasi sempre mais intensas que os adultos as reações tuberculínicas.

REDEKER expoz magistralmente todas essas variações da alergia. Ela se constitui de duas componentes: *sensibilidade* e *imunidade*. Ambas podem aumentar ou diminuir paralelamente. Podem também caminhar em sentido contrário, de tal modo que a componente *imunidade* se desenvolvendo exageradamente, ao mesmo tempo que a *sensibilidade* fique quasi embotada, o organismo pode atingir o estado de “anergia positiva”, de HAYECK.

Não só os excitantes específicos aumentam ou diminuem o gráo da alergia. Além da “anergia negativa”, que se apresenta nos moribundos dias antes do desenlace (horas antes da morte a alergia reaparece, às vezes) muitas crianças, que apanham uma dose grande de bacilos não chegam à alergia verificada pelo Pirquet ou pelo Mantoux. Falecem antes. E' preciso reconhecer essa eventualidade para não negar a evidência de um quadro clínico, baseando-se na negatividade da tuberculina. Também alguns autores (MANCINI e outros) admitem a hipótese de que uma infecção ocasional mínima, conquanto produza a primo-infecção, desenvolva um gráo de alergia tão insignificante que não basta para causar uma reação tuberculínica positiva. Na cobaia, DOERR mostrou que um bacilo só é capaz de produzir a infecção, que se processa depois como de regra, apenas com o decurso mais retardado. No homem, pela maior resistência natural, são precisos mais ou menos 300 bacilos. Uma infecção realizada com quantidade inferior de germens, si possível, não daria reação positiva. (Subtilezas ainda não verificadas praticamente).

Fatores anespecíficos influem também na intensidade das reações. ROEMER, DIETL e outros, mostraram que um bom estado de nutrição aumenta a reagibilidade do organismo, o que se confirma em cobaias artificialmente caquetizadas (KRAUS, LOEWENSTEIN, VALK). As

causas que influem na labilidade do sistema neuro-vegetativo alteram também a intensidade da reação: a menstruação e a gravidez diminuem a intensidade; na primavera as reações são mais fortes (KARCZAG, HAMBURGER, GEYER, CARLING); os raios ultra-violeta deprimem a sensibilidade; doses fortes de benzol e ausência de luz, segundo KARCZAG, inibem as reações e, inversamente, pequenas doses de benzol e luz aumentam a intensidade delas. Além disso, as condições próprias da pele alteram a sensibilidade cutânea. No decurso de várias infecções como o sarampo, a pneumonia, a gripe, a meningite, o tifo, a coqueluche, etc., costuma a sensibilidade tuberculínica diminuir consideravelmente, sendo de regra desaparecer no sarampo. Nas hipertermias provocadas não há reação no apogeu da febre (GERNEZ). Conforme o local em que a cuti é feita a reação também varia: observações de vários autores atestam que na tuberculose renal a reação é mais intensa na região lombar; nas peritonites — no abdomen; na tuberculose apical, no ombro, etc..

Alguns autores quizeram tirar das reações tuberculínicas elementos para o *prognóstico*. DIETL, PEYRER, SCHWENKE acham que focos latentes, capazes de exaltar a sensibilidade do organismo são de bom augurio. LEON BERNARD sustentava que era possível falar de um *cuti-prognóstico* da tuberculose; a reação é intensa nas tuberculoses frustas ou cicatrizadas enquanto falta geralmente nos tísicos caquéticos; é forte nos tuberculosos com bom estado geral; no curso da colapso-terapia, a reação se faz mais intensa à medida que o indivíduo melhora e, finalmente, “pode-se seguir com ajuda da cuti-reação, os progressos da enfermidade, seja para a melhoria, seja para a morte; a cuti-reação praticada em série proporciona uma medida de resistência variável do enfermo”. Pensa da mesma forma ARÁOZ ALFARO. BREDEK acha que uma injeção sub-cutânea de tuberculina, pelos indícios revelados num exame de sangue pode fornecer elementos para se julgar da atividade do foco. Verificou que há um desvio para a esquerda do hemograma e uma baixa na linfocitose. DECKER repetiu estas experiências concluindo que nos processos ativos existe sempre aumento de glóbulos brancos e nos inativos não há. Ao mesmo tempo, de regra a linfocitose diminui nos processos ativos. Em vez de 10 mgr. de tuberculina como fez BREDEK, empregou apenas 1 mgr. ENGEL pretende de doses crescentes de tuberculina avaliar, pelas reações que provocam, a extensão do foco. Ele coloca a criança em repouso e mede a sua temperatura durante 3 dias, de dia de 2 em 2 horas, e de noite de 4 em 4 horas. Para se sujeitar à prova, a criança deve ser apirética. Depois injeta tuberculina em doses crescentes para conseguir a tolerância do paciente: 0,0001, — 0,0002 — 0,0005 — 0,001 — 0,002 — 0,005 — 0,01 gr. Intervalo de 2 a 3 dias entre as injeções. A temperatura é vigiada com atenção. ENGEL verificou que ha uma relação entre a rapidez com que se estabelece a tolerância do organismo e a extensão do foco. E’ preciso caminhar cautelosamente nos casos sensíveis. Não aumentar a

dose sem que a reação se anule à repetição da mesma quantidade de tuberculina. Aplicou ENGEL o seu método em mais de 300 crianças, não tendo verificado nenhuma reação desagradável. Diz que não ha perigo e acrescenta ser um ótimo processo para distinguir a natureza de um processo pulmonar sobrevivendo em uma criança alérgica, isto é, si este processo é específico ou anespecífico.

Um fato está hoje seguramente provado é que uma cuti-reação positiva em criança abaixo de 2 anos indica um foco ativo.

E como se ha de considerar um indivíduo *anérgico vero*?

As variações de intensidade de tuberculina variam mais ou menos de acôrdo com o que se segue:

1 — *Anergia véra*: não ha reação, pois o indivíduo não está infectado;

2 — *Alergia*: ha infecção e portanto ha reação, que pode ser:

- a) muito sensível — *Hiperergia*
- b) pouco sensível — *Hipoergia*
- c) comun — *Normergia*;

3 — *Anergia negativa*, falta de reação nos indivíduos caquéticos, moribundos, no sarampo, etc.

4 — *Anergia positiva*, nos casos de infecção mínima, grande imunidade.

Há quem admite o termo *Normergia* para os que aquí chamámos de *anérgicos vero*, como também poderíamos simplificar os termos classificando tudo apenas em:

1 — *Anergicos* — a anergia vera;

2 — *Alérgicos* — todos os que reagem, com os seus diferentes grãos;

3 — *Analérgicos* — os que antes foram classificados como *anérgicos negativos* ou *positivos*.

Para se reconhecer esses diferentes grãos de alergia é preciso basear-se nos comentários e na atenta observação do caso. Para se dizer que um indivíduo está em *anergia vera* (*anérgico simplesmente* ou *normérgico*) depois de um Pirquet negativo faz-se o Mantoux em dose crescente até 1 mgr. de tuberculina. Si não aparecer reação com 1 mgr. Orel dá o indivíduo como *anérgico vero*. Si se preferir ir além chega-se até a 10mgr. Na prática corrente um PIRQUET ou um MÓRO repetidos, quasi bastam, excluida a hipótese do perido pré-alérgico ou de uma anergia transitória. Alguns autores avançam um pouco mais empregando o Mantoux mas com tuberculina isenta de albumoses.

Na criança a sensibilidade cutânea ao Pirquet é maior do que no adulto. Em compensação, as reações gerais e focais são menos pronunciadas. No adulto esta relação é invertida. REDEKER diz que na puberdade as três reações se igualam. O intervalo entre as provas deve ser de 2 a 3 dias para se evitar uma possível sensibilização

artificial do organismo, decorrente da absorção de tuberculine intra-cutânea. E entre a anergia véra ou normergia do não infectado e a anergia positiva do altamente imunizado contra a infecção a distinção é muitas vezes impossível.

Ainda outros assuntos relacionados com a nossa tese poderiam ser aqui discutidos. Este trabalho já vai longo e não pretendemos exgotar o tema, que é muito vasto.

Estudando a incidência da infecção tuberculosa através da comparação de inúmeras estatísticas notámos, em 1.º lugar, que é muito difícil comparar-se os resultados, e isto tendo em mira que os autores nem sempre citam qual o processo usado nas suas verificações; qual a procedência das pessoas examinadas (si do campo ou da cidade); acrescentando ainda que os resultados não se sobrepõem, preocupando-se alguns autores com crianças desde 0 até 15 anos e outros apenas estudando a idade escolar; como outros que baseiam seus dados em pessoas desde os 5 até os 95 anos (*Eizaguirre*) mas apresentando na última parcela (de 86 a 95 anos) apenas 2 enfermos, que tendo se apresentado com reação positiva deram a porcentagem de 100%... Mesmo assim, procurando da melhor forma chegar a alguns resultados nesse estudo e desprezando pormenores de técnica e de critério temos que, em geral, os nossos índices, de acôrdo com os pesquisadores nacionais que publicaram suas estatísticas e foram por nós consultados, são bem menores que os índices estrangeiros. Quando, por exemplo, CALMETTE encontra em regra, 81,4% no conjunto total de examinados e MARFAN — 77,8%, DECIO QUEIROZ TELLES acusa apenas 34%, CLEMENTE FERREIRA, 42,4% e TISI NETTO, 31,6%. Relativamente à idade temos: aos 8 anos PIRQUET assinala 56% (entre 7 e 8); MARFAN, 62%; JEANNERET, 30-35% de procedência rural e 60-65% citadina, quando QUEIROZ TELLES acusa 25,5% e CLEMENTE FERREIRA 22%. Num ponto ha super posição: — é no aumento das cifras com o crescer da idade.

Não nos deteremos nestas considerações estatísticas. O assunto é vasto e merece um estudo circunstanciado, que não cabe aqui fazer. Terminaremos com as considerações de ALFARO a propósito do grande valor da reação tuberculínica sob o ponto de vista social e epidemiológico, em medicina prática. Tão grande que o mestre argentino secunda as palavras de SCHEEL na Conferência de Tuberculose de Lisboa, em 1937, o qual anuncia que a *cuti-reação* é uma prática de rotina aplicada regular e periodicamente na Noruega. Como ALFARO que pergunta porque não se difunde essa prática salutar entre os clínicos argentinos perguntamos nós porque os clínicos brasileiros não imitam também os noruegueses.

#### BIBLIOGRAFIA

- ASSIS (Arlindo de): "Bases gerais do diagnóstico da infecção tuberculosa no homem pela tuberculina" — (1.º Congresso Nacional de Tuberculose — maio de 1939, vol. I).

- ALFARO (Gregorio Aráoz): "La alergia tuberculínica y sus aplicaciones clínicas" — (El día médico — XI — 18-9-1939, n.º 38).
- BAÍA (Alvaro): "Sobre a pesquisa da alergia tuberculosa na criança" — (Pediatria e puericultura, ano VIII, junho de 1939 — n.º IV — Baía).
- CALMETTE (A.): "L'infection bacillaire et la tuberculose" — 4e. édition. Masson & Cie. 1936.
- EIZAGUIRRE (E.): "La primo-infección tuberculosa" — 1934.
- ENRIQUEZ, LAFFITTE e outros: "Tratado de medicina interna", ed. espanhola, 1940.
- QUEIROZ TELLES (Decio): "A reação tuberculínica" — (Rev. Paulista de Fisiologia, 1936 — ns. 3 e 4).
- SOTTY (Jean-Marie): "Le problème de la tuberculinothérapie dans la tuberculose pulmonaire" — 1938, Maloine.
- TISI NETTO (A.): "Sobre o valor da intra-dermo reação geral e regional" — Tese de S. Paulo — 1921.

The American Review of Tuberculosis = vol. XXI, n.º 4, Ap. 1930.  
 " XXVII, n.º 5, May 1933.  
 " XXVI, n.º 5, Nov. 1932.

# CARDIOSCLEROL

TONICO CARDIACO ATOXICO

HIPERTENÇÃO ARTERIAL — MIOCARDITES — ARTERIOESCLEROSE  
*A base de Viscum album — Cactus grandiflora — Cratoegus — Kola — Scila*  
*— Rodanato de Potassa*

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Médicos

**INSTITUTO CHIMORGAN**

CAIXA, 4500

SÃO PAULO

# EXCESSO DE TRABALHO

... exige alimento  
e estímulo à célula nervosa

## Nergofon

hexapentanolcarboxil-hipofosfito de cálcio

encerrando 35 mg. de fósforo elementar por ampôla de 2 cmc., em combinação organocálcica, exerce essa dupla ação de maneira rápida e duradoura.

AMOSTRAS  
à disposição dos  
Srs. Médicos



INSTITUTO MEDICAMENTA  
ESTABELECIMENTO CIENTÍFICO - INDUSTRIAL  
FONTOURA & SERPE • SÃO PAULO — BRASIL



Insuperáveis  
em ação  
e tolerância

## Neosalvarsan

o preparado original de Paulo Ehrlich recomendado pela Comissão de Higiene da Liga das Nações como preparado Standard para as verificações biológicas de todos os produtos arsenobenzoes.

## Solu-Salvarsan

para aplicação intramuscular, em soluções estáveis, prontas para o uso. De máximo poder curativo e de excelente tolerância. Comprovados oficial e clinicamente.



A Chimica »Bayer«

»Bayer«



## ATUALIDADES

O SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL E A  
IMUNIDADE NO PALUDISMO (1)

DR. A. RIVOALEN

Professor-Agregado à Escola de Aperfeiçoamento do Serviço de Saúde das  
Trópas Coloniais

Abordarei inicialmente o caso do paludismo, que oferece um campo mais propício ao estudo da imunidade celular. Seu agente patogênico, o hematozoário, é um antígeno bem fraco. Foi vã a multiplicação de pesquisas a fim de revelar a presença de anticorpos no soro dos impaludados, quer nas infecções humanas, quer nas animais. Póde-se praticamente dizer que não se formam, como também que o soro dos indivíduos curados não tem nenhuma propriedade curativa ou preventiva. Os ráros autores que afirmam a presença de anticorpos, aliás não os consideram sinão como estimulantes da fagocitose; porquanto, é evidentemente pela exaltação da fagocitose, que se traduz a imunidade no paludismo. Verifica-se isto na enfermidade experimental, fácil de provocar em passaros ou, mais perto da escala humana, no macaco.

CANNON e TALIAFERRO, em seus estudos sôbre a infecção crônica dos canários pelo Pl. Cathemerium, mostraram que os esquizontes continuam sempre a produzir o mesmo número de merozoítos, mas que o número de esquizontes fagocitados aumenta incessantemente. Em suma, a multiplicação do parasito não é absolutamente entravada por uma propriedade humoral qualquer, mas se produz um aumento do número e uma exaltação individual da atividade dos macrófagos. À qualidade junta-se a quantidade. Constatações análogas foram feitas em macacos.

Um ponto importante a notar é que o vigor acrescido da fagocitose é verdadeiramente específico, não atuando sinão com referência à espécie, frequentemente a da raça infectante.

Essas noções encontram sua aplicação no caso do paludismo humano. Sabe-se, efetivamente, que os nativos de um país de paludismo endêmico, tornados insensíveis às re-inoculações das raças locais, mostram-se sem defesa quando transplantados, em face de uma raça diferente. Assim, um parolítico geral, tratado com o auxílio do

(1) Tradução do artigo: Le système reticulo-endothelial et l'immunité dans le paludisme. *Revue du Paludisme et de Médecine Tropicale*, 1940, II, N.º 7, pags. 12-13

Pl. Vivax, torna-se resistente à novas inoculações do mesmo parasito, ficando, entretanto, sensível ao Pl. Falciparum e ao Pl. Malariae.

Portanto, os fatos experimentais assim como os epidemiológicos, mostram bem a existencia de uma imunidade especifica no paludismo. Trata-se, porém, de uma imunidade precária, que exige para manter-se, a permanencia do agressor no organismo. Os Irmãos SERGENT denominaram “premunição”, o estado de equilibrio que se estabelece entre as forças de ataque e as de defesa. Se insisto sobre estes fatos, é porque os parasitos latentes, cuja presença condiciona a imunidade, são aprisionados, vigiados nas fortalezas reticulo-endoteliais do organismo, particularmente no baço. Póde-se pensar que durante o período de latencia a reprodução assexuada continúa a se produzir, porém, que a maioria dos novos parasitos é imediatamente fixada, graças à abundancia e à atividade dos macrofagos. Vindo-se, no entanto, a extrair o baço, a supressão brutal daquele setor importante do sistema reticulo-endotelial destróe o equilibrio. A experiencia das esplenectomias tanto em patologia humana como em patologia experimental, o provam grandemente. Alguns dias depois produz-se, quasi inevitavelmente, uma recaída, e o homem ou o animal torna-se novamente susceptivel à novas inoculações. Todos os cirurgiões coloniais são atualmente de acôrdo em condenar a esplenectomia nos impaludados, afim de não privar os organismos daquele órgão de premunição.

Porém o baço não tem o monopólio de tal defesa. O sistema reticulo-endotelial inteiro toma parte. Tudo que distrai a sua vigilancia provoca recaídas; uma infecção intercorrente cujo germen reclame a atenção dos macrofagos, — uma injeção de leite, de albuminas estranhas, de colóides, de 914, — tudo que tende, em suma, a bloqueiar o sistema, termina nos mesmos resultados. Sabemos, aliás, utilizar tais processos, na despistagem de um paludismo latente. Graças à uma injeção de leite, de Dmelcos, chega-se às vêzes a provocar um acesso parasitario. Uma simples tentativa de auto-hemoterapia num velho colonial, muitos mêses ou mesmo muitos anos após seu repatriamento, póde fazer voltar o seu paludismo. Durante esta pequena viagem fóra do organismo, suas hematias tornaram-se para êle albuminas estranhas, destinadas à fagocitose. Lutando contra elas o sistema reticulo-endotelial negligencia seus outros prisioneiros, que se escapam no sangue periférico. Peço desculpas para esta figuração d'Épinal. Parece que através a complexidade das operações biologicas, as coisas realmente se passam assim.

Tal é o paludismo, afecção cuja imunidade não é sinão uma tolerancia, sustentada pelas celulas do sistema reticulo-endotelial.

## A MALÁRIA PERNICIOSA NAS CRIANÇAS (1)

Um relatório de 24 casos

DR. JULIAN P. PRICE

Departamento de Pediatria, Enfermaria McLeod, Florence, Carolina do Sul

Apesar de terem sido gastos muito tempo, dinheiro e esforço, na esperança de erradicar a malária nesta região, a doença ainda impera em muitas localidades, tendo um grande papel na morbidade e na mortalidade infantil, em determinados Estados do Sul. Um estudo detalhado, das mais graves formas de malária nos recém-nascidos e nas crianças, não foi publicado durante êstes últimos anos. Por esta razão são relatados os 24 casos seguintes:

.....

**Hemoglobinuria** — A hemoglobinuria apresentou-se em três casos. Em cada um dêles o seu aparecimento veio precedido de calafrios e de vomitos. A urina era de côr negro-avermelhada, denotando nos exames resultados fortemente positivos para a hemoglobinuria. Os exames microscópicos acusavam a ausencia de globulos vermelhos. As três crianças demonstravam já terem sofrido anteriormente de malária e curaram-se todas mediante um tratamento pela quinina.

**Tratamento da malária perniciosa em geral** — A única droga usada no tratamento das referidas crianças foi a quinina. Não tive ainda experiencia de espécie alguma com a Atebrina, em casos de malária perniciosa. Os resultados desfavoraveis que seguiram ao emprego da Atebrina em pessoas adultas nestas visinhanças, fizeram-me evitar a sua aplicação. Este fato, aliado aos bons resultados obtidos com a quinina, levaram-me a conclusão de ser ainda a quinina o produto melhor indicado, para o tratamento da malária perniciosa nas crianças.

O método mais fácil é o de ministrar a quinina por via oral. Entretanto, o tempo tem papel tão capital, e os vomitos são tão frequentes na malária perniciosa, que algum outro meio de aplicação deve ser empregado. Em apenas dois dêstes casos foi a via oral

(1) Tradução do artigo: Pernicious Malaria in Children. *Southern Medical Journal*, Birmingham, Ala, 30: n.º 10, Oct. 1937, p. 991.

usada com exito em inicio de tratamento. Nos outros vinte e dois a droga foi aplicada por via intramuscular ou por via intravenosa. Quando aplico o produto por via oral, costumo dissolver a dóse integral de sulfato de quinina em pequena quantidade de um extrato alcoolico aromatisado. Isso tem paladar bastante agradável e é prontamente absorvido, além de ser mais eficaz do que as preparações achocolatadas existentes no mercado.

Teoricamente, parece que a introdução direta da quinina no sangue circulante seria o método ideal. Contudo, existe uma opinião de que a droga não atua diretamente, porém através a formação de um produto de decomposição e, além disso, o processo não deixa de apresentar riscos, pois uma morte subita foi registrada durante uma aplicação intravenosa. Apenas em três dos meus casos usei o método intravenoso. Dois dos pacientes curaram-se e um faleceu. Não houve reação em consequência da injeção propriamente dita; mas eu creio que bons e identicos resultados teriam sido alcançados pela injeção intramuscular e, assim, o médico assistente teria experimentado uma anciedade bem menor. Aplicando a quinina por via intravenosa, dilúo-o em 300 ou 400 c. c. de uma solução fisiologica normal, introduzindo-a no sangue muito lentamente.

.....

A dóse inicial do produto depende da idade do paciente, embora seja sabido que as crianças exigem e toleram grandes quantidades de quinina. As crianças menores de um ano recebiam de três a cinco grãos (0 gr. 25 a 0 gr. 324). As mais velhas, de cinco a quinze por via intramuscular. Essa dóse era repetida entre cada 12 ou 18 horas, até que a quinina pudesse ser tolerada por via oral. Frequentemente apenas uma injeção era o suficiente: em outros casos, duas ou três. Nunca houve exemplo de ter sido preciso aplicar mais do que três injeções; antes disso a criança melhorava o bastante para suportar a quinina por via oral, ou então vinha a falecer.

Quando os sintomas agudos cessavam e a droga podia ser ingerida, dois a cinco grãos de quinina (de 0 gr. 130 a 0 gr. 324), eram aplicados três ou quatro vês diariamente, até uma semana depois da temperatura se haver normalizado. Então os pais eram orientados no sentido de ministrar uma única dóse toda noite, durante quatro semanas. Como a maioria dos pacientes tinha vindo de distritos rurais onde um médico só é chamado em casos de enfermidade grave, tornou-se impossivel saber quando a malária foi completamente erradicada, ou quando apresentaram-se recaídas. Entretanto, estou certo que se as recaídas tivessem sido sérias, os mesmos doentes teriam voltado ao hospital. Um só paciente voltou, com uma exacerbação aguda, sendo que os pais admitiram ter sido a dóse de quinina interrompida antes de ter atingido a quantidade prescrita.

#### **Tratamento da malária perniciosa com hemoglobinuria —**

O fato de ser ou não ser recomendavel a ministração de quinina a doentes impaludados com hemoglobinuria, tem sido fonte de grande

controversia. Si a hemoglobinuria é devida à malária, o que indubitavelmente deve ser, então a quinina aparece como recomendavel. Por outro lado, o emprego da droga tem sido apontado como causa de mais paroxismos ou anúria. O método por mim empregado poderia ser considerado como um meio-termo. Lógo que o diagnóstico fica estabelecido, uma pequena dóse (5 grãos) de quinina é aplicada por via intramuscular. Uma quantidade de urina é examinada após cada dejeção, sendo registrado o total expelido. Nesse meio-tempo são aplicados liquidos por via parenteral e, quando possivel, uma transfusão de sangue. Si ao fim de vinte e quatro horas não forem observados efeitos nocivos, (supressão de urina ou aumento de hemoglobinuria), outros 5 grãos são aplicados por via intramuscular. Isso é repetido diariamente, até que a urina volte ao normal, ou até que a quinina possa ser ingerida. Este método de tratamento foi aplicado nos meus três casos, e todos alcançaram a cura. Foi empregado originariamente pelo meu colega Dr. Walter R. Mead (especialista em doenças internas), e provou ser de grande sucesso para o tratamento de adultos em condições identicas.

#### CONCLUSÃO

Uma analise de 24 casos de malária perniciosa foi apresentada. Três entre êstes foram relatados em detalhe; três crianças menores de um ano, com anemia progressiva grave, combinada com esplenomegalia.



# BRUNO ZARATIN

## 16.º TABELIÃO DE NOTAS

Rua Marconi, 100

Telefones

4-2880

4-2881

S. P A U L O

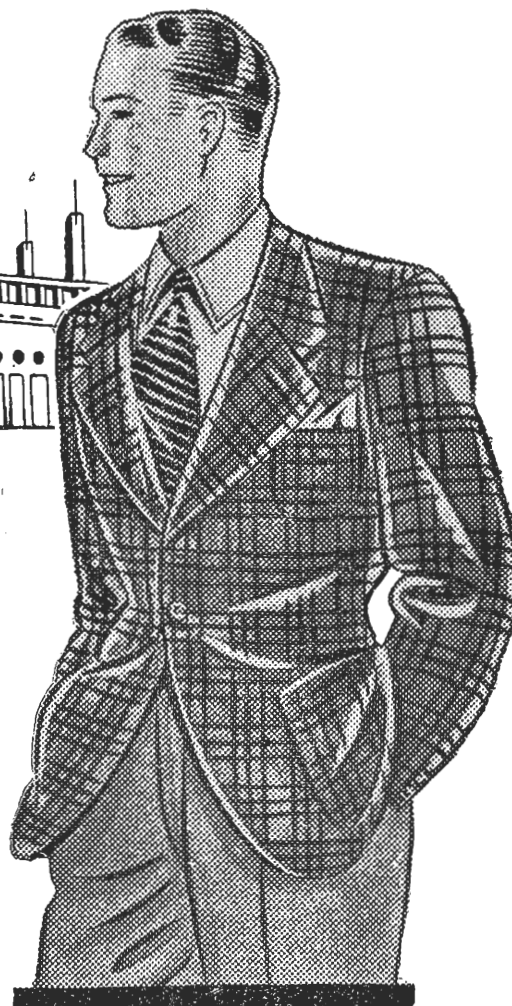
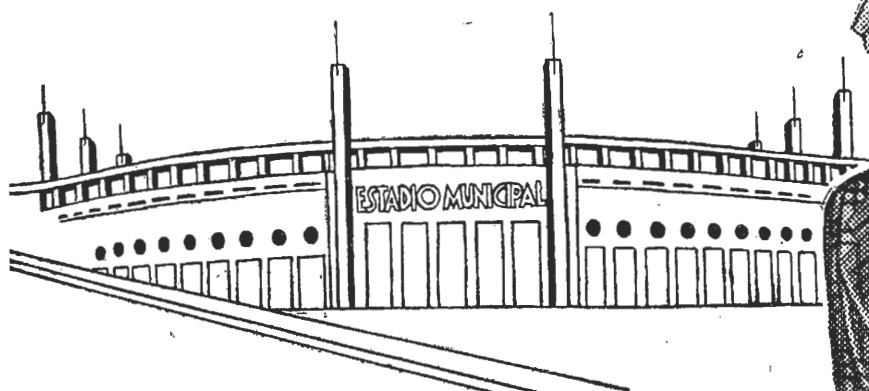
Em casos de *Urgencia*



**Suprifen**

B  
A  
BAYER  
E  
R

o novo tônico circulatório e cardíaco  
em gotas e ampôlas



Quando fôr ao

PACAEMBU'  
 JOCKEY CLUB  
 CAMPO OU PRAIA  
 PASSEIO DE AUTOMOVEL

recommendamos os nossos

# PALETOTS ESPORTE

Rica collecção. Casimiras de primeira qualidade. Padronagens de absoluto modernismo. Maximo conforto e elegancia. Confecção esmerada. Desde .....

# 175\$

CALÇAS DE FLANELLA BEIJE OU CINZA 98\$ e 130\$



Schaedlich, Obert & Cia.

Rua Direita, 162-190



# F U N G O L


|||

**Frieiras  
Empigens  
"Acido Úrico"  
dos pés  
"Athletic Foot"  
etc.**

|||

**RUA GLYCERIO, 429  
S ã o P a u l o**

**LABORATORIO TORRES**



# Placivacina

ANTI-PIÓGENA (anti-virus de Besredka)

CICATRIZANTE (Oleo de figado de bacalhau)

Laboratorio Torres — Rua Glicério, 429 — São Paulo



## SÍNTESE BIBLIOGRÁFICA

### **EFEITO DA DISTENSÃO DAS VISCERAS ABDOMINAIS SOBRE O FLUXO SANGUÍNEO DO RAMO CIRCUNFLEXO DA CORONÁRIA ESQUERDA DO CÃO — GILBERT, LE ROY, FENN —**

Am. H. J. — Vo. 20, n. 5, Nov.º 1940.

Em virtude da frequência da angina pectoris depois de refeição os AA. estudaram o efeito da distensão das vísceras abdominais sobre o débito coronário.

Os trabalhos foram feitos em cães anestesiados. A distensão do estomago e do peritônio inicia em reflexo que causa um decrescimo no débito da coronária estudada. Como esse reflexo desaparece pela atrofia ou pela secção do nervo vago, os AA. concluem que do ponto de partida ao ponto de chegada o influxo nervoso segue o vago, sendo pois um vago-vagal o reflexo em questão.

### **MEDIASTINITE AGUDA — HAROLD NEUHOF e COLEMAN B. RABIN —** Am. Jour. of Rontgenology, vol. 44, n. 5, Novembro 1940, pg. 702.

O diagnostico de mediastinite aguda e de abcesso mediastinal baseia-se amplamente no exame radiologico. Este é o unico meio de localização exata de tais lesões para fim cirurgico. A mediastinite aguda não será frequentemente diagnosticada ou tratada se não forem feitas radiografias ou se sinais radiologicos forem mal interpretados. Para isto é necessario algum conhecimento da patologia e dos sintomas clinicos.

São feitas 3 classificações de mediastinite aguda: patologica, etiologica e clinica. A patogenese é exposta com referencia especial às infecções agudas do faringe e ferimentos do esofago cervical. E' descrita a patologia da linfadenite mediastinal, da mediastinite flegmonose e do abcesso mediastinal, assim como as infecções do mediastino secundarias às perturbações do esofago. Os sinais radiologicos são os de derrame encapsulado mediastinal.

### **AS METASTASES DO CARCINOMA DA PROSTATA — JOSEPH H. MARKS —** Am. Journ. of Rontgenology, vol. 44, n. 5, Nov 1940, pg. 736.

Metastases osseas de carcinoma da prostata são predominantemente de tipo osteoplastico.

Em casos proceces ha tendencia nitida para localização na pelvis, devido a extensão da molestia ao longo dos linfáticos perineurais e outros linfáticos.

Lesão metastica de tipo osteoplastico ou mixto envolvendo a pelvis ou a coluna lombar no homem é provavelmente devida ao carcinoma da prostata. No entretanto, se tal lesão é encontrada em qualquer ponto do esqueleto e se

ao mesmo tempo a coluna lombar e a pelvis estiverem livres de metastases demonstraveis, é improvavel que a prostata seja a sede do tumor primário.

**PROGNOSTICO NA SILICOSE** — JOHN T. FARRELL, MARTIN J. SOKOLOFF e ROBERT CHARR — Am. Jour. of Rontgenology, vol. 55, n. 5, Novembro 1940, pg. 712.

Em um estudo de 511 mineiros com silicose verificou-se que somente 77 tiveram alta melhorados ao passo que 243 pioraram e 191 morreram. As idades dos pacientes variavam de 15 a 69 anos, com a maioria depois dos 40 anos. A maior parte das mortes ocorreu depois dos 50 anos. O enfisema é a complicação mais frequente e agrava o prognóstico. Em ordem de frequência como complicação vem a tuberculose pulmonar. O prognostico da silicotuberculose é muito mais grave. O prognostico é muito mais grave nos casos com baciloscopia positiva. As alterações radiologicas tuberculosas mais frêquentes são as condensações e cavidades. A pneumonia lobar é mais grave no individuo com silicose que no individuo não silicótico. A porcentagem de silicóticos que morrem de insuficiencia cardíaca é de 23,3 %, ao passo que outros grupos de individuos não silicóticos foi de 13,5 %.

A forma mais comum de cardiopatia é a hipertorifa com dilatação das camaras direitas, degeneração miocardiaca e com menor frequência, arterioesclerose coronaria. Existe provavelmente hipertensão da pequena circulação. A dispnéia é o sintoma mais comum. O pneumotorax espontaneo foi encontrado 22 vezes em 507 mineiros. Apesar da irritação crônica da arvore bronquica a concomitancia de cancer pulmonar é rara e foi encontrada apenas 4 vezes em 511 observações. As hemoptises são raras na silicose sem tuberculose e devem despertar a suspeita de carcinoma bronquico.

**ERROS DE DIAGNOSTICO NAS LESÕES ULCEROSAS DO ESTOMAGO E DUODENO** — EUGENE FREEDMAN e HARRISON D. GOEHRING — Am. Jour. of Roentgenology, vol. 44, Julho 1940, pg. 48.

1.º — Há muitos sinais radiologicos aceitos para diferenciação entre lesões malignas e benignas do estomago. Baseiam-se na aparencia morfológica, o tamanho e a localização da lesão, e a aparencia da parede gastrica adjacente. No entretanto nenhum dos sinais é sempre seguro. As exceções da regra não são raras e deve-se tomar muito cuidado para avaliar um achado.

2.º — Admite-se geralmente que as ulceras da grande curvatura gastrica sejam malignas. No entretanto podem aparecer lesões não malignas nesta região. O achado de lesão ulcerosa da grande curvatura não justifica o diagnostico seguro de carcinoma ulcerativo.

3.º — Ulcera benigna pre-pilórica pode conduzir a um grande acumulo de tecido inflamatorio ou tumefação da mucosa e isto pode parecer como sinais radiologicos de processo maligno ou de lesão sifilitica. O estudo radiologico localiza exatamente a lesão pre-pilórica, mas não permite determinar sua natureza maligna ou benigna.

4.º — O sinal de menisco pode aparecer tanto em lesão benigna como maligna.

5.º — O tamanho da ulcera gastrica não tem valor desde que se trate da diferenciação entre ulcera benigna e carcinoma ulceroso. Carcinomas ulcerativos podem ser pequenos, enquanto que ulceras gigantes podem ser benignas. O tamanho exato da lesão ulcerosa não pode ser sempre estabelecido pelo exame radiologico.

6.º — Exames radiológicos demonstram alterações morfológicas e não microscópicas; frequentemente nem mesmo o exame geral da patologia do caso revela a verdadeira natureza da lesão e o diagnóstico diferencial só se faz microscopicamente.

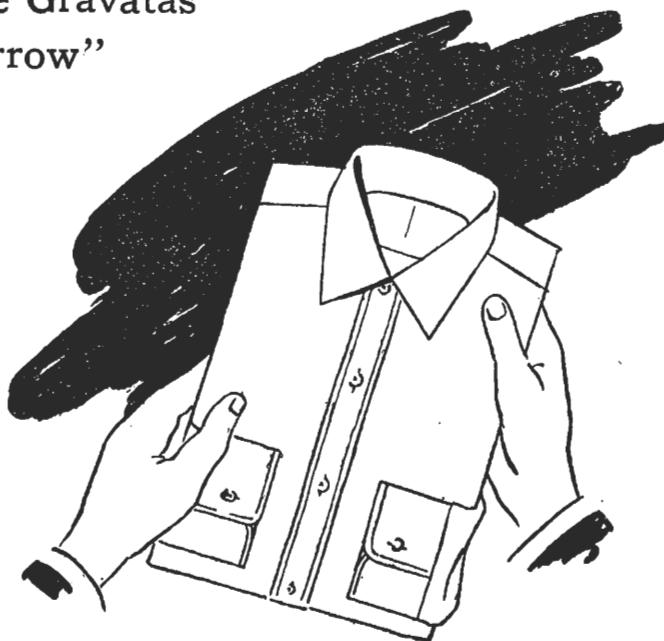
7.º — Úlceras gigantes podem existir no bulbo duodenal e o bulbo aparentemente se revelar como normal ou ligeiramente deformado.

8.º — Úlceras gigantes do bulbo duodenal podem simular um divertículo sem conexão com o lumen do bulbo duodenal; a parede é rígida e ha geralmente uma área de constrição.

9.º — A noção da existencia de uma ulcera gigante do duodeno pode conduzir a um diagnóstico correto na maior parte dos casos.

Casa **ANGLO-BRASILEIRA**  
SUCESSORA DE  
MAPPIN STORES

Lenços e Gravatas  
"Arrow"



## Camisas "Arrow"

Reputado artigo norte-americano



Nova remessa, em ótimos tecidos e em  
côres e padrões de grande atualidade.

68\$ — 75\$ — 85\$ — 110\$



**Casa Anglo-Brasileira**  
Sucessora de MAPPIN STORES

## NOTICIARIO

### CURSO DE ENDOCRINOLOGIA EM CAMPINAS

A Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas está patrocinando um Curso de Endocrinologia, naquela cidade, com grande interesse da classe medica Campineira.

O Dr. J. A. Mesquita Sampaio, Chefe da Seção de Glandulas Endocrinas do Ambulatorio de Neurologia da Sta. Casa de Misericordia de S. Paulo e Assistente da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo, foi o organizador desse curso e é o seu orientador.

Entendendo o ilustre clinico paulista, que num empreendimento desta ordem, a colocação de colegas qualificados como especialistas de renome, se faz mister para o melhor desempenho das aulas, houve por bem fazer-se acompanhar do Prof. Antonio de Almeida Prado, e dos Drs. Gonzalez Torres, Sebastião Hermeto Junior, Paulo de Almeida Toledo e Carlos Gama.

A simples enumeração dos titulos Universitarios dos encarregados das aulas, constitue um termo de garantia do sucesso do curso recém-iniciado.

Os temas a serem tratados dão especial interesse ás conferencias.

O Prof. Antonio de Almeida Prado, catedratico da Primeira Clinica Medica da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo, iniciando as aulas com uma magistral conferencia, na qual esplanou o mapa geral dos assuntos a serem tratados, estabeleceu o elevadissimo padrão que deverá nortear seus continuadores no desempenho desse compromisso.

Essa primeira conferencia agradou enormemente á seleta assistencia constituida por 56 medicos, isto é, mais da metade dos socios da Soc. de Med. e Cir. de Campinas.

As aulas terão lugar ás 3.<sup>as</sup> e 6.<sup>as</sup> feiras, ás 20½ hs., na séde da Sociedade, á r. Barão de Jaguará n. 1.136, 6.º and., em Campinas.

O Dr. D. Gonzalez Torres, Prof. supl. e agregado de Clinica Medica da Fac. de Assunción (Paraguái), e assistente voluntario estrangeiro da secção de Glandulas Endocrinas do Amb. de Nenroul. da Sta. Casa de Mis. de S. Paulo, encarregou-se dos seguintes temas:

Dia 25-4-1941 — “Hipofise e Região Diencefalica. Anatomia. Fisiopatologia. Tests. Relações com as demais glandulas endocrinas. Problemas de Patologia Diencefalo-Hipofisaria”.

Dia 29-4-941 — “Sindromos de Insuficiencia Pituitaria. Tratamentos Medicos”.

Dia 2-5-941 — “Sindromos de Hiperfunção Pituitaria. Tratamentos Medicos”.

Mês de Julho — “Estudos sobre alguns dos principais metodos de exames endocrinologicos: metabolismo basal, interferometria, provas biologicas, dosagens de hormonios, biopsias”.

O Dr. Carlos Gama Docente e Ass. de Clin. Neur. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo e conhecido neuro-cirurgião paulista, fará as seguintes exposições:

Dia 29-4-941 — “Tratamentos cirurgicos no sindromo hipopituitario. Meios semeiologicos de diagnostico cirurgico nas lesões hipofisarias e infundibulares”.

Dia 2-5-941 — “Indicações e tecnicas cirurgicas no tratamento dos tumores hipofisarios e da região infundibular”.

O Dr. J. A. Mesquita Sampaio, dirigente do curso dará as seguintes aulas:

Dia 6-5-941 — “Noções de anatomia e fisiologia da tireoide. Síndromos hipotireoidês”.

Dia 9-5-941 — “Síndromos hipertireoidês”.

Dia 13-5-941 — “Noções de anatomia e fisiologia das paratireoides. Metodos de exploração das paratireoides. Síndromos hiperparatireoidês”.

Dia 16-5-941 — “Síndromos hiperparatireoidês”.

Dia 20-5-941 — “Noções de anatomia e fisiologia das suprarenais. Metodos de exploração das suprarenais. Síndromos hiposuprarenais”.

Dia 23-5-941 — “Síndromos hipersuprarenais”.

Dia 27-5-941 — “Noções de anatomia e fisiologia da pineal e do timo. Metodos de exploração e síndromos de hiper e hipopinealismo; síndromos atribuidos á lesão da hipofise. Síndromos tímicos”.

O Dr. Sebastião Hermeto Junior, Docente de Technica Cirurgica da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo, e Cirurgião da Seção de Glandulas Endocrinas da Sta. Casa de Miser. de S. Paulo, tratará dos seguintes assuntos:

Dia 9-5-941 — “Principais indicações, metodos e tecnica de tratamento cirurgico das afecções tireoideanas”.

Dia 16-5-941 — “Indicações, Metodos e tecnica de tratamento cirurgico das afecções paratireoideanas”.

Dia 23-5-941 — “Estado atual da cirurgia suprarenal”.

O Dr. Paulo de Almeida Toledo, Docente de Fisica aplicada e fisio-diagnóstico da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo, e Ass. da Primeira Clinica Medica da mesma Faculdade, fará uma demonstração, em Julho proximo, em dia ainda não fixado, sobre: “Metodos e tecnica de exploração radiologica das Endocrinopatias”.

Varias outras conferencias, sobre as gonadas, e sobre as interrelações da endocrinologia, com outras especialidades medicas, serão feitas na 2.ª parte do Curso, depois das ferias de Junho.

Foi muito feliz o Dr. J. A. Mesquita Sampaio, solicitando a colaboração dos seus colegas, porque como muito bem salientou o Prof. Almeida Prado, justificando tal conduta, na conferencia de abertura do curso em apreço, a cooperação dos medicos é a maior arma da medicina.

A necessidade da colaboração em multiplos sectores da medicina e a sua frequencia, constituem os maiores argumentos contra a falsa opinião de que a classe medica é desunida.

A Soc. de Med. de Campinas, teve um gesto muito louvavel, patrocinando esse Curso de Endocrinologia, porque nos dias de hoje, tais problemas preocupam primordialmente os medicos.

A endocrinologia desempenhando o papel de cupula no conjunto dos conhecimentos medicos, deverá ser ensinada por profissionais que tendo conhecimentos profundos da especialidade, possuam uma visão de conjunto de todos os departamentos da ciencia medica.

## PARECERES DAS COMISSÕES JULGADORAS DOS PRÊMIOS NICOLAU BARUEL, ENJOLRAS VAMPRÉ E ETHEOCLES GOMES.

### PREMIO NICOLAU BARUEL

(Secção de Clinica Médica)

Cumpre-nos, na qualidade de membros da Comissão Julgadora do Premio Francisco Nicolau Baruel, instituido para os doutorandos de medicina de 1940, dar parecer sobre o unico trabalho inscripto sobre o thema por nós previamente escolhido: "*Aspectos clinicos da amebiase em São Paulo*", e da autoria de concurrentes que se occultaram com o pseudonymo "*Ámeba*".

O referido trabalho excellentemente apresentado a esta Comissão consta de tres volumes, de grande formato.

Desejamos expressar em seguida, ainda que de uma maneira muito geral a impressão causada pelo trabalho dos AA. focalizando apenas alguns de seus pontos principaes pois um exxame aprofundado de toda materia nelle contida tornaria este relatorio muito prolixo. Em següida a um exame de cada volume separadamente fixaremos nossa opinião sobre o conjuncto da obra apresentada.

No vol. I depois de uma breve e explicativa introduccão e de um capitulo sobre o historico os AA. fizeram um estudo muito minucioso da morphologia da *E. histolytica*, descrevendo suas formas vegetativa, precistica e cistica; o mesmo fizeram com relação a *E. coli* e ao Endolimanana, quanto as formas vegetativas e cistica da *Iodamoeba butschli* e da unica forma conhecida (vegetativa) da *Dientamoeba fragilis*, terminando este capitulo com o estudo da acção pathogenica deste ultimo rhizopodo.

As descrições foram acompanhadas de numerosos desenhos eschematicos e microphotographias, algumas originaes, outras cedidas pelo Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Encerrando esta parte de seu trabalho os AA. juntaram bibliographia a ella concernente.

Nas paginas seguintes os AA. fizeram um estudo da biologia da *E. histolytica* e depois de algumas considerações genericas passaram a estudar o comportamento da *E. histolytica* nas culturas, nos animaes de laboratorio, no hospedeiro tratando de importantes questões como as vias de penetração do parasita, o encistamento e sua nutrição. Depois focalisaram o modo de se comportar da *E. histolytica* fora do hospedeiro. A esta parte de seu trabalho annexaram a bibliographia consultada.

Ainda no volume I os AA. esmiuçaram os diversos meios de diagnostico de laboratorio da amebiase. Trataram da technica destes exames ressaltando principalmente a importancia do exame de fézes, os seus mais modernos processos foram frizados, sendo digno de nota ter cempre os AA. referido a s/ opinião pessoal sobre elles. Não se esqueceram de accentuar a importancia de um exacto diagnostico do parasita, as condições do material a investigar, as difficuldades a que são sujeitos mesmo os analysts proficientes e recommendando a repetição dos exames sempre que necessaria.

Passando aos outros recursos de laboratorio os AA. sentindo não poder contribuir pessoalmente fizeram a s/ proposito uma exposição muito completa, examinando a contribuição para a obra diagnostica da amebiase da reacção de desvio de complemento, analysando sua sensibilidade e especificidade, fazendo referencias criticas de acordo com autores autorisados. A reacção de gelificação, o estudo do exsudato na amebiase intestinal merecem por fim opportunas considerações.

Como fiezram anteriormente, a bibliographia utilizada foi apresentada ao terminar esta parte pelos AA.

Terminando o vol. I os AA. expuseram a anatomia pathologica da amebiase.

Em primeiro lugar teceram commentarios sobre os portadores são discutindo varias opiniões a respeito. Em seguida fizeram os AA. o estudo das lesões intestinaes quanto suas sedes, natureza e mecanismo de produção. Descrevem os diversos typos de lesão intetinal a saber: o pré-ulcerativo, a ulcera, o granuloma e a pseudo polypose amebianas, a gangrena e o cancer. A proposito deste ultimo exhibem uma microphotographia do serviço de Gastero Enterologia da Santa Casa, onde fizeram grande parte de s/ trabalho, mostrando coexistencia de metastase intestinal de cancer bronchio com lesões associadas de amebiase.

Esta parte do trabalho é excellentemente illustrada com nitidas e demonstrativas microphotographias, em parte pertencentes a colleção do Departamento de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Passando as descripções das alterações hepaticas os AA. estudam e illustram a necrose amebiana do figado depois do que discorrem sobre as modificações histopathologicas em outras sedes do organismo como: appendice, vesicula biliar, cerebro. A proposito desta ultima localisação da amebiase os AA. incluem devidamente autorisados no seu estudo a documentação photographica do unico trabalho nacional da autoria do Prof. Carmo Lordy e reclamaram, com muita razão, contra o silencio por parte dos estudiosos estrangeiros que, evidentemente por ignorancia, não citam o excellento estudo daquelle Prof. da Faculdade de Medicina de São Paulo.

O volume II representa por assim dizer a verdadeira contribuição dos AA. ao thema em discussão.

Elle comprehende o estudo do quadro clinico da amebiase baseado em 41 observações pessoas.

Na primeira parte deste volume os AA. estudam os dados obtidos pela anamnese e depois tratam da symptomatologia dos amebianos intestinaes subdividindo-os em tres grupos principaes (subdivisão que os AA. bem reconhecem como tendo como principal valor o didactico) em dysentericos, diarrreicos e constipados. Os symptomas principaes são estudados separadamente sendo reunido em uma tabella todos os dados importantes para o conhecimento clinico da parasitose.

E' digno de nota terem os AA. realizado em 12 de seus doentes a dosagem de calcio, phosphoro e fosfatase justificando porque assim procederam, interpretando em seguida os seus resultados.

A questão do portador são de *E. histolytica* é novamente encarada mas agora sob o ponto de vista clinico e epidemiologico.

Tratando em seguida do diagnostico differencial os AA. fornecem as noções indispensaveis para s/ estabelecimento com a dysenteria balantidiana, com a schistosomose, com a colite ulcerosa grave, com a colite muco membrana e tuberculose intestinal. Depois disso passam os AA. a considerar a contribuição do exame objectivo dos amebianos e logo após escrevem sobre as complicações intestinaes da amebiase e do commentarios sobre a appendicite, sobre a perfuração e peritonite, hemorrhagia, estenoses cicatriciaes, pseudo polypose e por fim sobre as sequellas da amebiose.

Terminando esta parte os AA. tratam do exame coprologico analysando com muito cuidado o que lhe foi fornecido a este proposito por s/ casos. Uma tabella explicativa reúne dados sobre os factos considerados: caracteres exteriores das fézes, exame macroscopico, exame microscopico, exame quimico das fézes (pigmentos biliares, corpos proteicos) sendo digno de menção terem os AA. realizado as dosagens chimicas em 29 de seus doentes para o estudo da taxa de acidos de fermentação e ammoniaco nas fézes concluindo pela maior predominancia da flora intestinal acida ou seja da dyspepsia da fermentação.

As referencias bibliographicas desta parte são alinhadas extrahidas selectivamente da lista geral dos autores consulados.

A seguir, depois de rever a literatura do assumpto os AA. tratam da rectosigmoidoscopia baseando-se em 39 relatorios rectosigmoidoscopicos por elles praticados e assistidos em s/ doentes no Ambulatorio de Gastro-Enterologia da Santa Casa.

Dois desenhos coloridos magnificos illustram esta parte do trabalho dos AA. e suas conclusões são precisas em relação aos factores observados.

No capitulo seguinte que trata da radiologia os AA. depois de resumirem os achados da consulta bibliographica commentam e discutem o resultado de 17 exames radiologicos do grosso intestino praticados em seus doentes. A bibliographia como no capitulo de rectosigmoidoscopia a alinhado separadamenteã

Depois destes estudos os AA. estudam nos seus pacientes de amebiose intestinal a funcionalidade hepatica de accordo com a verificação da urobilinogenuria pelo processo de Sparkmann e da dosagem da bilirubinemia concluindo pela normalidade funcional do orgão em face das provas funcionaes utilizadas e que reputaram como as mais habeis e adequadas, segundo o que encontram nos autores de mais experiencia.

Tambem a prova de Katsch Kalk foi objecto das indagações clinicas dos AA.. Elles a realisaram em 28 casos não chegando, segundo suas proprias palavras, a nenhuma conclusão definitiva desde que os valores da acides gastrica oscillaram em limites amplos.

Sem contribuir pessoalmente sobre a funcção do pancreas na amebiose intestinal os AA. relataram o que viram na literatura mostrando que pouco ou quasi nada é ainda sabido sobre o assumpto. A bibliographia destas partes são como as anteriores postas separadamente no fim.

Nas paginas seguintes os AA. tratam da hematologia da amebiose. De inicio traçam o criterio usado no seu estudo e criticam os trabalhos existentes sobre o assumpto nos quaes os autores não seleccionam o material, não evitam as associações morbidas nem levam em conta a forma clinica e o estadio evolutivo da parasitose. Depois os AA. fazem uma revisão da literatura conhecida e passam a expor o resultado dos seus achados em 37 casos por elles examinados sob o ponto de vista hematologico, accentuando a frequencia da leucocytose com lymphocytose e eosinofilia seja na colite amebiana aguda seja na chronica. As alterações quantitativas e qualitativas da serie vermelha são analysadas separadamente tambem segundo as formas clinicas.

Completando esta parte do trabalho os AA. trataram do mielogramma na amebiose. Ressaltam a escasses dos estudos conhecidos sobre a materia criticando o unico trabalho que encontraram na literatura consultada e discutem o valor do methodo. Dão em seguida os resultados de 8 casos pessoases em que o mielogramma foi estudado, acompanhando as considerações traçadas uma tabella que resume os dados do mielogramma e curvas de maturação, respectivamente da serie vermelha e branca. A bibliographia da parte hematologica é resumida no fim do capitulo.

Em seguida os AA. estudam o comportamento das reacção de Takata-Ara e Weltmann na amebiose. Explicam primeiramente a prestabilidade destas reacções e depois discutem os resultados d areacção de Takata-Ara em 36 de seus doentes e da R. Weltmann em 30 casos. As reacções foram praticadas antes e depois do tratamento e os resultados interpretados segundo a forma clinica da parasitose. A bibliographia do assumpto encerra esta parte do trabalho dos AA..

Ainda no volume II encontra-se um longo capitulo dedicado a therapeutica da amebiose. Os AA. fizeram um excellent estudo sobre a emetina contribuindo com experiencias pessoases em animaes (cães e rans) sobre a acção da droga ensaiada pos elles levadas a cabo no Departamento de Pharmacologia da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Depois trataram dos demais amebicidos (Yatren, vioformio, arsenicaes, etc.) expondo a materia com grande claresa e de accordo com os conheci-



mentos mais modernos. O regimen dietico não foi esquecido ressaltando os AA. a sua importancia na cura da amebiase intestinal desde que só por seu intermedio consegue-se corrigir estados dyspepticos resultantes ou associados a parasitose. Na ultima parte do volume II tratam da amebiase extra intestinal descrevendo clinicamente a necrose amebiana do figado e a necrose amebiana do pulmão, que os AA. ilustram com uma observação muito bem documentada.

As ultimas paginas são dedicadas as outras localizações da amebiase mostrando-se os AA. muito prudentes quanto a acceitação de todas as localizações da *E. histolytica* referidas na literatura, attitude aliás digna de elogios. Com uma extensa lista bibliographica finalizam este capitulo do volume II.

O volume III reúne todas as observações clinicas dos autores, em numero de 41 e que serviram de fundamento a seu trabalho. São observações completas com todos os exames laboratoriais, radiographicos e toda a demais documentação utilizada no volume anterior.

Agora, depois da enumeração da materia contida nos tres volumes estamos em condições de apreciar em conjuncto o trabalho dos AA.. Sem outra intenção senão a de fazer pequenos reparos, chamamos a atenção dos AA. para alguns erros dactylographicos, algumas omissões e trocas de palavras que escaparam a revisão, o que deverá ser correcto quando da publicação do tabalho em forma definitiva.

Pensamos que os AA. peccaram por excesso desenvolvendo demasiadamente a 1.<sup>a</sup> parte do seu estudo. Effectivamente o estudo morphologico e biologico da *E. histolytica* bem como dos outros amoebidos foi calcada, e nem poderia deixar de ser, em dados classicos, limitando-se os AA. a uma compilação, aliás bem feita, da materia. Por isso pensamos que mais de accordo com o espirito que presidiu a escolha do thema em concurso podiam os AA. ter limitado a sua exposição sem chegar as mfnucias que desenvolveram nos differentes capitulos como já citamos.

Mas, somos os primeiros a reconhecer que esta restricção que fazemos é até certo ponto elogioso, pois houve por parte dos AA. o desejo de serem os mais completos.

No yolume II pensamos que a systematisação da materia poderia ter tido outra sequencia, mais natural. Assim por exemplo, a parte de diagnostico differencial precede a do exame objectivo, o mesmo acontecendo com a parte que trata das complicações. Seria mais natural que o capitulo de diagnostico differencial e o das complicações fossem abordadas depois de todo o estudo clinico, depois do exame das varias provas diagnosticas e meios de exame (Katsch, hematologia, mielogramma, funções hepatica e pancreatica, etc.) porque de posse destes dados os AA. teriam maior numero de elementos para a discussão do diagnostico differencial. A nosso ver os AA. poderiam ter dedicado no fim de s/ trabalho um capitulo á synthese de todo o estudo clinico que realisaram em seus pacientes e resumindo todos os factos observados de tal forma que este capitulo seria a expressão da fisionomia clinica da amebiase entre nós por abranger assim em conjuncto, os aspectos clinicos principaes da parasitose nos doentes estudados em nosso meio.

Tambem pensamos que a inclusão das observações no texto do estudo clinico, separadas em pequenos grupos segundo seus pontos de contacto ao em vez de reunidos num volume á parte, tornaria a sua leitura mais attrahente.

Estes pequenos reparos não desmerecem em nada a obra realisada pelos AA. cujo valor reside nos seguintes itens:

- 1.<sup>o</sup> — Exposição clara e methodica do assumpto.
- 2.<sup>o</sup> — Perfeito conhecimento da materia.
- 3.<sup>o</sup> — Contribuição pessoal muito importante.

De outro lado o trabalho realizado evidencia por parte de seus autores:

- 1.º — Elevado senso critico revellado sempre quando as considerações comportavam observações feitas pelos AA.
- 2.º — Orientação clinica segura pelo cuidado com que foram os casos clinicos documentados e seleccionados.
- 3.º — Qualidades disciplinadas para a investigação clinica.
- 4.º — Formação scientifica com base nas sciencias fundamentaes relacionadas ao thema: parasitologia e anatomia pathologica.
- 5.º — Elevado criterio pela selecção bibliographica e propriedade da citação dos autores.

Por fim desejamos salientar que os AA. souberam muito bem se aproveitar das vantagens de collaboração prestada pelos diversos Departamentos da Faculdade de Medicina e dos serviços clinicos para realizar uma obra util, demonstrando ser esta alludida collaboração indispensavel para a fiel execução dos trabalhos clinicos executados dentro de completo rigor scientifico e de accordo co mas actuaes exigencias da medicina clinica.

Por todos estes factos somos de opinião que o trabalho de *Ameba* versando sobre os *Aspectos clinicos da amebiose em São Paulo* fez juz ao Premio Francisco Nicolau Baruel para 1940.

São Paulo, 12 de março de 1941.

#### COMISSÃO JULGADORA

Faculdade de Medicina, Dezembro de 1940

PROF. ANTONIO ALMEIDA PRADO  
(Catedratico de Clínica Médica)

PROF. JOSÉ IGNACIO LOBO  
(Livre-Docente de Clínica Médica)

DR. JOÃO ALVES MEIRA — *Relator*  
(Livre-Docente de Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas)

O premio NICOLAU BARUEL (Secção de Clínica Médica) foi conferido aos Drs. JOSÉ FERNANDES PONTES, MICHEL A. JAMRA e ALBERTO CARVALHO DA SILVA, pela apresentação do trabalho: "Aspectos Clinicos da Amebiase em São Paulo".

---

#### PREMÍO "NICOLAU BARUEL"

##### SECÇÃO DE CIRURGIA

O trabalho que nos foi dado examinar o consideramos bom e merecedor do premio a que concorre. Fez seu autor um estudo extensivo das artrites agúdas em seus multiplos aspectos, de classificação, anatomia e fisiopatologia articular, etio-patogenia, anatomia-patologica, antes de entrar propriamente no tratamento

Foi esta uma orientação que julgamos louvável, pois só conhecendo com certas minúcias as generalidades das artrites agudas, podemos decidir com acerto do valor dos métodos propostos para seu tratamento e decidir qual a melhor orientação terapêutica em cada caso particular. Após fazer um estudo bastante detalhado de cada um dos métodos até hoje propostos para combatermos as artrites agudas, descreve ainda orientações terapêuticas sistematizadas, onde entram mais de uma medida curativa. Feito isto, incluiu um capítulo em separado, dedicado às artrites gonocócicas, seguindo assim a orientação encontrada nos tratados da especialidade. Antes de encerrar esta parte geral, traçou muito louvavelmente, os cuidados que devem ser tomados quando se nos deparar um ferimento que exponha uma articulação, no sentido de prevenir a eclosão de uma artrite aguda. Inclui as observações clínicas, muito detalhadas, de 50 artrites agudas, cuja evolução pode acompanhar muito de perto. Destas observações tira conclusões muito interessantes, encarando-as sob seus múltiplos aspectos; forma das artrites; idade dos pacientes; articulação interessada; forma ou método de tratamento empregado.

Visto, assim de relance, o teor do trabalho, o analisaremos mais detalhadamente, capítulo por capítulo, apontando suas qualidades, que são muitas, assim como suas pequenas falhas.

### CLASSIFICAÇÃO

Inicialmente, divide as artrites agudas não tuberculosas em dois grupos, as que apresentam uma etiologia definida e as que, ao contrário, obedecem a uma causa ou patogenia desconhecida. Neste grupo, compreende as artrites da febre reumática ou reumatismo agudo, cujo estudo é excluído do trabalho. Parece-nos o assim proceder, só merece elogios. Fica, assim, sabendo o leitor, desde as primeiras páginas, que excetuando-se o reumatismo poli-articular agudo, todas as artrites agudas pertencem a alçada do cirurgião, preferentemente especializado no estudo das afecções do aparelho locomotor. Com efeito, em seu tratamento entram em primeiro plano, manobras cirúrgicas e só como medidas complementares, embora de grande valor, o tratamento geral medicamentoso. Estuda as classificações das artrites, segundo a patogenia, a anatomia patológica, a clínica e a etiologia. Julgamos, no entanto, que o autor foi um tanto sucinto neste particular. É bem verdade que no decorrer de todo o trabalho, volta a tratar com mais minúcia de aspectos que se relacionam com a classificação das artrites. Teria sido, no entanto, preferível que logo na classificação acentuasse melhor as várias formas de artrite, sobretudo segundo a classificação clínica de Payr-Huet, cujo valor não foi suficientemente esclarecido.

### ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA ARTICULAR

Este capítulo mereceu particular e justa atenção do autor, porquanto é um dos aspectos mais negligenciados pela maioria dos estudiosos, constituindo, como Leriche chama a atenção, as páginas que ninguém lê. Noções claras e precisas sobre a cartilagem articular, sua constituição, suas propriedades físicas e biológicas, são apresentadas; sua nutrição, sua degeneração e reparação e a repercussão que estes dados apresentam em relação ao tratamento, são evidenciados.

A membrana sinovial é perfeitamente definida em sua significação anatómica, sua fisiologia e sobretudo todo o importante papel que representa no servir de ponto de partida de fenômenos inflamatórios e ao mesmo tempo como meio de defesa da articulação.

O líquido sinovial normal e patológico tem toda sua constituição e função esplanada.

Quanto ao estudo da capsula e ligamento articulares e do tecido conjuntivo peri-articular, é bem verdade que o autor apresenta uma descrição sucinta. Julgamos, no entanto, que as noções de fisiopatologia foram um tanto descuidadas. Capsula e tecido frouxo peri-articular representam um papel de primeira grandeza no evoluir das artrites agúdas, como o proprio autor o reconhece, pois quando estuda o resultado terapeutico de seus casos, o faz igualmente segundo as formas de empiema articular e flegmão capsular. Não resalta, no entanto, aqui, todo o valor que a propagação da infecção, através a capsula para o tecido peri-articular tem em relação ao tratamento. E' este um fáto que hoje ainda não recebeu o estudo e a atenção que merece e constitue uma das maiores causas de erro, não só no tratamento das artrites agúdas, como igualmente em seu diagnóstico.

### ETIO-PATOGENIA

Estuda detalhadamente o modo de produção das artrites. - Discute os conceitos de virulencia do germen e o mais moderno, que leva mais em conta a reação geral do organismo e ao mesmo tempo sua localização inicial, se ossea ou sinovial. Quando a localização primaria é ossea naturalmente a artrite é sempre mais grave. Explica o papel dos traumas no localizar processos infecciosos articulares, sobretudo as violencias extensas que põem as articulações em contacto com o meio exterior. Extende-se sobre as artrites secundarias a um fóco osteomielítico. Neste particular, descreve as inserções capsulares de cada articulação, estampando esquemas demonstrativos, resaltando o fator anatomico no evoluir e na gravidade do processo, diferente para cada articulação.

### ANATOMIA PATOLOGICA

Foram cuidadas neste particular todas as lesões encontradas ao nível das articulações, em seus varios componentes anatomicos nas diversas formas de artrite: serosa, sero-fibrinosa, sero-purulenta, purulenta. As lesões capsulo-ligamentosas, bem como as cartilaginosas e osseas, são interpretadas com clareza, sendo-lhe dado o jústo valor no evoluir e no influir no resultado final do tratamento.

### TRATAMENTO

Faz um apanhado historico dos varios metodos de tratamento, que tendo-se iniciado por formas rigidias de drenagem amplas e imobilizações prolongadas, passou para as artrotomias, as ressecções articulares, para regredir para as punções repetidas, com ou sem o uso de antisepticos intra-articulares, as mobilizações precoces para chegarmos hoje ás conclusões eletivas para cada caso em apreço.

A questão da drenagem articular, sempre indicada, é descrita em seus varios aspectos: drenagens amplas; o uso dos drenos de borracha intra-articulares, ou sómente nas partes moles peri-articulares; as punções unicas ou repetidas, bem como por intermedio de canulas permanentes.

Reserva as punções para os casos mais benignos, até o empiema articular de evolução favoravel, mostrando os inconvenientes que surgem quando se obstina neste metodo. Sempre que a artrite é mais grave, quando já ha invasão capsular, ou os fenomenos geraes são intensos, está indicada a artrotomia. Chama, igualmente, a atenção para a necessidade de serem drenados os espaços e recessos peri e para-articulares, nos casos mais graves de expansão das artrites. Combate as ressecções articulares indiscriminadas, mostrando o cotovelo, joelha e a tibio-tarsica, sob a forma de astragalectomias, e isso, em casos selecionados. A questão da imobilização e da mobilização foi convenientemente discorrida. Mostra os danos da imobilização demasiadamente demorada, por favorecer as anquiloses. Resalta

as virtudes da imobilização temporaria durante a fase agúda, quer seja feita por intermedio de aparelhos gessados, quer por extensão continua. Ambos os metodos têm sua indicação segundo a localização e a forma de artrite, o que fica perfeitamente estabelecido. A questão da posição mais favoravel em que as varias articulações devem ser imobilizadas, tambem não foi esquecida. Contraindica os metodos de mobilização precote por, ou desnecessarios ou inexecutíveis. Passa em revista, em seguida, os varios metodos ou condutas terapeuticas, descrevendo cada um de per si; artrotomia e imobilização prolongada; artrotomia e mobilização imediata ao metodo de Willems (ambos são combatidos convincentemente); punções articulares repetidas com o emprego de substancias chemicas destinadas, sejam a lavar a articulação, sejam a produzir a antiseptia, metodo de Churchmann com o uso do violeta de genciana, metodo de Cotton, de lavagem com sôro fisiologico, antes do emprego dos antisepticos; (concorda com a opinião hoje mais numerosa, de que o principal fator favoravel é o da lavagem mechanica da articulação e que o emprego de antisepticos está contra-indicado); metodo de Harris, de artrotomia e imobilização por extensão continua, para finalizar com a conduta de Bartes Ansart, das drenagens prevalentemente peri-articulares, nos casos graves e que indiscutivelmente representa um progresso no tratamento das formas graves de trtriste, e o metodo de Lerda, de luxação articular temporaria, de indicação excepcional e pouco difundida.

E' forçoso apontar neste capitulo, na falha em que o autor incidiu, em não considerar devidamente o tratamento pela artrotomia, lavagem da articulação, sutura hermetica, sem drenagem e imobilização gessada rigorosa, repetida por duas ou três vezes, si houver indicação. E' uma tatica de tratamento que temos empregado em três casos de graves empiemas dos joelhos, com otimos resultados, após a falha das punções puras.

### ARTRITES GONOCOCICAS

Como já dissemos, as artrites gonocicas merecem um capitulo a parte. Faz o autor uma descrição sucipita de sua frequencia, suas varias localizações, estende-se sobre a classificação para depois cuidar do tratamento. Muito acertadamente, insiste em que as artrites gonococicas devem como tal ser tidas e denominadas, em detrimento do termo de reumatismo gonococico, ainda de uso corrente. E' o conceito de que se trata de um reumatismo e não uma verdadeira artrite o responsavel pela grande maioriiia de maus resultados alcançados no tratamento dasta infecção, principalmente, o uso do salicilato de sodio, como meio de prova. Não podemos deixar de subscrever a opinião que emite, de que as artrites gonococicas, quando convenientemente cuidadas, respondem melhor que todas as outras artrites, por uma cura mais pronta.

### OBSERVAÇÕES CLINICAS

As observações apresentadas pelo autor foram todas colhidas com o maximo cuidado. Deve-se resaltar, sobretudo, o alto gráo de sinceridade com que são expostas. Todos os casos são ilustrados por abundantes radiografias e muitos por fotografias e traçados da temperatura. Trata-se, sem duvida, de um material precioso e abundante, que contem ensinamentos de alto valor e que induz a meditação. Compulsando estas observações, o leitor tem nitida compreensão das dificuldades com que se vê a braços o cirurgião encarregado de tratar casos de artrites agúdas, sobretudo nas formas secundarias a osteomielites. Falhas no tratamento são expostas lealmente, embora sem comentarios, aliás perfeitamente explicaveis pela gravidade e dificuldade de muitos casos.

E' impossivel dar uma ideia nitida, por um resumo, do que representa este capitulo, necessitando ser lido na integra para poder ser devidamente valorizado. As apreciações finas sobre as observações são apresentadas

em sub-capítulos especiais, acompanhados por quadros sinóticos bem cuidados. São assim analisados os casos clínicos sob seus múltiplos aspectos de mortalidade, formas de artrite, idade dos pacientes, articulações comprometidas, tratamento empregado.

As conclusões finais são interessantes, por isso as reproduzimos na íntegra:

1.º — As Artrites agudas não tuberculosas constituem uma afecção grave, rica em sequelas e mais frequente do que habitualmente se julga;

2.º — São uma afecção de caráter eminentemente cirúrgico ortopédico.

3.º — Dois são os princípios básicos de tratamento: drenagem e imobilização.

4.º — É indiscutível o valor da drenagem, principalmente nas artrites purulentas.

5.º — Todos os processos de drenagem dão bons resultados, quando a indicação é precisa.

6.º — A imobilização rigorosa é imprescindível, enquanto persistem os fenômenos inflamatórios agudos.

7.º — A imobilização, quando se estende além desse período, pode causar sérios danos à articulação.

8.º — Uma vez cessados os fenômenos inflamatórios agudos, deve ser logo iniciada a mobilização ativa.

9.º — As articulações do membro superior devem ser imobilizadas em aparelho gessado; as do membro inferior, com exceção da tibio-társica e articulações do pé, de preferência em extensão contínua.

10.º — As articulações devem ser imobilizadas em posição funcional.

11.º — Sempre que se prevê a anquilose, a imobilização deve ser rigorosa, prolongada, em aparelho gessado, em posição de função.

12.º — A mobilização imediata como método de tratamento está hoje condenada.

13.º — O uso intra-articular de drenos de borracha, está hoje abandonado. São usados apenas para as partes moles peri-articulares.

14.º — Podemos conseguir bons resultados com os métodos de simples imobilização, punção e imobilização, métodos de Harris e de Cotton, desde que as indicações sejam precisas.

15.º — As formas que melhor se prestam ao tratamento são as sinovites sérosas e purulentas; as mais difíceis de tratar são as osteo-artrites, que terminam quase sempre em anquilose.

16.º — A artrite gonocócica é uma verdadeira artrite infecciosa e não um reumatismo tóxico. Ela responde tão bem ou melhor que as artrites estafilocócica ou estreptocócicas ao tratamento precoce e bem orientado. Às artrites gonocócicas são aplicados os mesmos métodos de tratamento que para as outras artrites agudas não tuberculosas.

Faculdade de Medicina, Dezembro de 1940.

#### COMISSÃO JULGADORA

PROF. DR. BENEDICTO MONTENEGRO  
(Catedrático de Clínica Cirúrgica)

PROF. DR. EDMUNDO VASCONCELOS  
(Catedrático de Técnica Cirúrgica)

DR. ORLANDO PINTO DE SOUZA — *Relator*  
(Livre Docente de Clínica Ortopédica.)

O prêmio NICOLAU BARUEL (Secção de Clínica Cirúrgica) foi conferido aos Drs. NELSON DA SILVA OLIVEIRA e MARINO LAZARRESCHI, pela apresentação do trabalho: *Orientação Terapêutica nas Artrites Agudas não Tuberculosas.*

## PREMIO ENJOLRAS VAMPRÉ

O trabalho elaborado por "Pterium" para concorrer ao premio "Enjolras Vampré" instituido pelo Departamento Cientifico do Centro Academico Oswaldo Cruz impressiona agradavelmente, desde a primeira vista, pela ótima apresentação e farta documentação. Persiste a bôa impressão quando se vê, no correr da leitura, o cuidado com que o autor o redigio.

Consiste o trabalho, em essencia, na observação clinica de um caso de linfogranulomatose maligna produzindo, entre outros, disturbios neurologicos graves. Aos exames clinico e neurologico, o autor acrescentou os exames de laboratorio indispensaveis para o completo esclarecimento do caso: foram feitos exames neuro-ocular e neuro-oto-rino-laringologico, sôro — reações para o diagnostico da sífilis, exames hematologico sucessivos, hemossedimentação, exame histologico e inoculação em cobaia de material colhido em ganglio linfatico. Não foi feito, apóz o obito do paciente, o exame anatomo-patologico mas, a nosso ver, a farta documentação do caso dispensa este exame cujos resultados viriam apenas completar o todo sem alterar-lhe a substancia.

O doente, portador de linfogranulomatose maligna, apresentava disturbios neuro-endocrinos muito raros em tais eventualidades — paralisias dos nervos cranianos e diabete insipido — que levaram o autor á hipotese, confirmada aliás pelos exames radiograficos, de que a neo-formação, invadindo a cavidade craniana, entrasse a comprimir os nervos cranianos e os centros diencefalicos reguladores da diurése.

Interessante o caso pela raridade com que em tais circunstancia se apresenta sintomatologia neurologica devida á compressão direta do conteúdo intracraniano, bem documentada a observação e perfeitamente justificadas as hipoteses patogenicas aventadas, sobravam razões ao autor para apresentar este trabalho e com ele concorrer aos premio supra-citado. Somos de parecer que a "Pterium" seja conferido o premio "Enjolras Vampré". Agindo assim, o Departamento Cientifico do Centro Academico Oswaldo Cruz valorisará, com toda a justiça, um elemento de real valor entre seus associados e estimulará a justa concorrência aos premios a serem disputados nos anos vindouros.

Tal é nosso parecer.

Faculdade de Medicina, Dezembro de 1940

### COMISSÃO JULGADORA

PROF. ADHERBAL TOLOSA  
(Catedratico de Neurologia).

DR. CARLOS GAMA  
(Livre-Docente de Neurologia)

DR. OSWALDO LANGE  
(Livre-Docente de Neurologia) —  
Relator.

O premio ENJOLRAS VAMPRÉ foi conferido ao DDO. ATTILIO ZELANTE FLOSI, pela apresentação do trabalho: Diabetes Insipidos condicionado á Linfogranulomatose Maligna 3.<sup>a</sup> Observação da Literatura Médica.

## PREMIO ETHEOCLES GOMES

A leitura do trabalho de Sator e Rotas nos levou, por multiplas razões, a conferir-lhes o premio Etheocles de Alcantara Gomes.

Como razões principaes citemos: o esmero na apresentação, a documentação profusa, o valor dos methodos empregados e, sobresahindo-se d'entre ellas, a contribuição inestimavel que trazem os auctores ao esclarecimento do problema da nutrição em nosso meio.

Faculdade de Medicina, Dezembro de 1940.

### COMISSÃO JULGADORA

PROF. DR. GERALDO DE PAULA SOUZA  
(Catedratico de Higiene.).

DR. DUTRA DE OLIVEIRA  
(Livre-Docente de Fisiologia.)

DR. OCTAVIO DE PAULA SANTOS  
(Livre-Docente de Fisiologia). — Relator.

\* \* \*

O premio ETHEOCLES GOMES foi conferido aos Academicos LUIZ CARLOS JUNQUEIRA e FAUSTO FIGUEIRA DE MELLO, pela apresentação do trabalho: Oleo de peixe Jaú e Vitamina D.

Oportunamente publicaremos os pareceres das comissões julgadoras dos Premios "Alves Lima" e "Oswaldo Cruz".

**Laboratório de Análises Clínicas**



**Dr. A. Rodrigues Netto**  
**Dr. Roberto Franco do Amaral**

**Rua Quintino Bocaiúva, - 122, 1.º**

**Tel.: 2-6565**



## ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

**1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais.** Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

**2. Atribuição.** Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

**3. Direitos do autor.** No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente ([dtsibi@usp.br](mailto:dtsibi@usp.br)).