

## Expediente

Assignatura para 12 numeros. 10\$000

Numero avulso . . . . . 2\$000

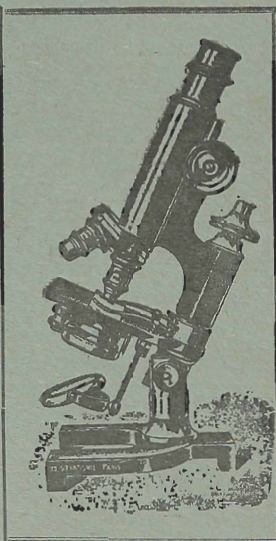
Cada 6 numeros constituem um volume.

Serão publicados no minimo 6 numeros por anno.

Toda correspondencia referente  
à Revista deve ser dirigida  
ao redactor-secretario, á

Rua Brigadeiro Tobias N. 1

São Paulo



# CASA FRETIN

Especialista em

INSTRUMENTOS DE CIRURGIA

Productos e aparelhos de Laboratorio

Bacteriologia  
Physiologia  
Histologia  
Anatomia

Autopsia

Electrotherapia  
Esterelisação  
Microscopia  
Orthopedia

MOBILIARIO CIRURGICO

Grande Officina electrica propria  
para fabrico, concertos e affiação

NICKELAGEM E PRATEAÇÃO

## LOUIS FRETIN

Telephone, 1774 — RUA S. BENTO, 20 — Caixa, 1273

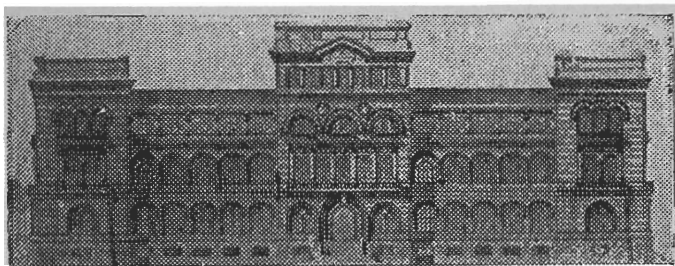
Casa de Compras em Paris: 112, Fg. POISSONNIÈRE

S. PAULO

# REVISTA DE MEDICINA

Organ do Centro Academico "OSWALDO CRUZ"

DA FACULDADE DE MEDICINA  
E CIRURGIA DE SÃO PAULO



— COMMISSÃO DE REDACÇÃO

Presidente: Ernesto de Souza Campos

Redactor-chefe: José de Toledo Mello

Redactor-secretario: Alberto Nupieri

Redactores: Flaminio Favero, José de

Toledo Piza, Sebastião de Camargo

Calazans e Anthero Galvão.





---

---

## Tratamento da syphilis

Professor Dr. Celestino Bourroul,  
lente cathedratico da Faculdade de  
Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

Parece, á primeira vista, cousa banal abordar-se a questão do tratamento da syphilis, pois era de suppôr-se ser elle bem conhecido, diante do progresso therapeutico actual.

Temos, no entretanto, notado, numa pratica de já um decennio, confusão grande na escolha dos preparados especificos, e, mais que tudo, insufficiencia de tratamento.

Assim é que, em muitos casos, a molestia caminha, apesar de um tratamento inicial intenso, porém passageiro, para o terciarismo ou para as localisação graves no systema nervoso central, em lesões irremediaveis, infelizmente.

Afigurou-se-nos obra util, pôr a questão no ponto, tentâdo deitar um pouco de ordem na desordem de praticas tão embrulhadas ou insufficientes.

Os preparados de Ehrlich entraram na therapeutica com tal violencia e furor, que, ao embate, a multiseçular e forte columna do mercurio, pareceu, aos olhos da turba profana e dos esculapios attornitos e deslumbrados, oscillar e ruir.

Os moralistas, diante do remedio infallivel, agitaram-se, e em artigos frios, mostraram os perigos da droga para a moral, pois que os avariados e sãos, tendo remedio tão seguro, haviam de se lançar, redeas soltas, ao mais infrene deboxe. As spirochaetas sob a acção de meio tão poderoso seriam fulminadas, e o organismo luetico ficava limpo — era a "sterilisatio magna" de Ehrlich.

Bem logo, porém, esperanças tão optimistas foram se desfazendo ao sopro da critica imparcial, e a vista mais desanuviada, enxergou que a rija columna do mercurio nem sequer fôra abalada.

Seja dito de passagem que não é intuito nosso desfazer na acção de medicamentos possantes, como são o 606 e o 914, mas mostrar sómente a tendencia humana dos extremos.

**TRATAMENTO ABORTIVO**

Nos casos de cancro duro, typico ou duvidoso, tentar o exame microscopico; e no cancro muito em começo, quando não haja ainda reacção ganglionar satellite, tentar a sua excisão, fazendo ao mesmo tempo um tratamento intensivo pelo 914, nas doses crescentes de III, IV, VI, uma injeção por semana. Desnecessario será dizer que todo tratamento, quer pelo arsenobenzol ou pelo mercurio, exige um exame prévio da urina, afim de se ver si os rins estão permeaveis ou não. O esquecimento desta pratica tem dado lugar a accidentes bem desagradaveis. O mesmo cuidado merece o coração e o figado, os ouvidos e olhos. Nos casos duvidosos, alguns clinicos ficam na expectativa dos accidentes secundarios, como as placas mucosas, as roseolas — aconselhando banhos sulphurosos para irritar a pelle e assim apressar o apparecimento das roseolas, ou o fumo ou outro irritante da garganta e bocca, para ahí localisar as placas. Quer se nos parecer que melhor será, na duvida, estando o doente em condições, fazer logo o tratamento energico, porquanto tempo sobra depois, para se ver, pelo Wassermann e observação continuada, se havia ou não a molestia. Deste modo evita-se o secundarismo com os riscos do contagio.

Esta pratica justifica-se pela eventualidade de um cancro mixto (cancro molle de parceria com o duro e mascarando-o).

**TRATAMENTO NORMAL DO PERIODO PRIMARIO**

Diante de um diagnostico clinico ou microscopico positivo (constate de spirochaetas no esfregaço do sôro de irritação, pela tinta da China (processo de Burri) ou corante de Giemsa, Leishmann, Pappenheim, etc., ou pela verificação das spirochaetas vivas no campo escuro (ultra-microscopio), — fazer sem demora o tratamento especifico.

Começar a cura com o 914 — 1 injeção da dose III, uma semana depois 1 injeção de oleo cinzento a 40%, na dose de 0, gr. 10, uma semana depois nova injeção de 914 (dose III ou IV), uma semana depois segunda injeção de oleo cinzento na mesma dose, e assim por diante.

Vê-se que as injeções de 914 são quinzeñas, bem como as de oleo cinzento, sendo as primeiras na dose de III e IV. e as ultimas na dose media de 0, gr. 10. Pode-se deste modo fazer seguidamente, alternadamente, 6 injeções de 914 e 6 de oleo. Depois deste tratamento intenso, o doente descansa 1 mez, das injeções, podendo tomar então um pouco de iodeto de potassio, na dose diaria de 1/2

a 1 gramma, durante 15 dias, descansando os outros 15 dias completamente.

A segunda serie de injeções poderá começar tambem com 1 injeção de 914, seguida de 2 injeções semanaes de oleo cinzento, de modo que o 914 será feito de 3 em 3 semanas e não mais de 15 em 15 dias como na 1.<sup>a</sup> serie, até que se façam 6 a 8 injeções de oleo, o que dá umas 3 a 4 de 914 durante esta 2.<sup>a</sup> serie. O iodeto será dado durante 15 dias logo depois das injeções.

Na 3.<sup>a</sup> serie, que deverá começar 3 mezes depois de começada a 2.<sup>a</sup>, o 914 abrirá a serie, podendo então ser dado de mez em mez.

A 4.<sup>a</sup> serie, como a 3.<sup>a</sup>

Resulta desta pratica que o tratamento é mixto — 914 e mercurio, este sob a forma de oleo cinzento. A nossa pratica tem mostrado que a dose de 0 gr. 10 de mercurio metallico do oleo a 40% é uma boa dose media para cada injeção, sendo o numero total das injeções de 6 a 8. Esta dose semanal de 0, 10 poderá ser baixada a 0, 07 e mesmo elevada a 0, 15, conforme o doente e a forma da molestia.

Não convem augmentarem-se estas doses, porque podem sobrevir phenomenos graves de mercurialismo.

Assim que aprendemos com os mestres francezes, estamos firmemente convencidos que o tratamento da syphilis pelo mercurio, deve ser feita com os preparados insoluveis. Muita grita se tem levantado contra estes, estando á testa de seus adversarios Gaucher e a sua escola, mas cremos que tamanha ogeriza é infundada. Nas injeções insoluveis forma-se, *in loco* um deposito do preparado, apropriando-se pouco a pouco o organismo delle, n'uma absorpção lenta, de modo que a impregnação mercurial é mais demorada, mais intensa, não se dando uma eliminação tão rapida como n'outras injeções soluveis.

Bem estamos a ver as objecções que se nos podem arguir: a absorpção pode ser rapida demais por modo a sobrevir o mercurialismo, com os symptomas do que os auctores chamam, com muita propriedade, gripe mercurial, tal a adynamia que apresentam taes mercurializados. Proveem estes accidentes de uma absorpção massiça do preparado, absorpção dependente dos tecidos ou do proprio oleo. Assim vemos que quando o mercurio é muito dividido, muito "extincto" no oleo, apresenta-se sob a forma de pequenos grãos, que são deste modo mais facilmente absorvidos e de acção mais energica, assim que nos offerecem exemplos os preparados colloidaes metallicos.

Dahi a necessidade de se escolherem bem os preparados. O oleo cinzento do Instituto Pasteur de Lisboa e o de Zambelletti nos têm dado bons resultados.

A segunda difficuldade que se nos pode fazer, é que a absorpção nem sempre se faz, de maneira que o mercurio fica depositado, podendo enkystar-se, em nodulos doridos e persistentes, os quaes ainda fazem os doentes correr o risco de uma absorpção brutal massiça.

A estes temores e criticas, responderemos que a pratica os não justifica. Por nossa parte, em uma larga pratica, de 10 annos, nunca tivemos, accidente algum com o oleo cinzento, mercê de Deus.

A favor ainda dos preparados insoluveis falla a dôr, este terrivel obstaculo do tratamento anti-syphilitico — os saes soluveis carecem ser injectados diariamente ou de 2 em 2 dias, e por mais que gritem os reclamos dos fabricantes são elles todos dolorosos, e quando não o sejam muito, ou são fracos (benzoato de mercurio) ou se acham de mistura com analgesicos, de acção fugaz se não enfraquecedora ou nociva, ao passo que as injecções insoluveis se fazem semanalmente de modo que a dôr é mais espaçada, poupando, além dos mais, dinheiro ao doente e massada ao medico.

As injecções de oleo cinzento devem ser feitas com uma seringa especial — a seringa de Barthelémy — e com agulha de platina, de comprimento não inferior a 5 centímetros ou melhor de 6 centímetros, afim de alcançar os musculos nadegueiros. A pequena seringa de Barthelémy tem 10 a 15 divisões, estando calibrada de tal modo que cada divisão corresponde a 1 centigrammo de mercurio metallico do oleo cinzento ou do calomelanos a 40%, porcentagem officinal para o oleo o que facilita muito a dosagem.

No tocante ás regiões a se picarem, são as nadegas as de escolha.

Deve-se fugir o meio das nadegas, por causa do sciatico.

Tome-se o grande trochanter como ponto de reparo, levante-se deste reparo uma vertical e se terá o limite externo da zona, tirem-se do mesmo trochanter 4 dedos de travéz para dentro e se terá o limite interno o limite superior fica a 4 dedos de travéz abaixo da crista do illiaco, e o inferior é dado pela altura do trochanter. Tem-se assim um rectangulo, que pode ser injectado.

Pode-se ainda tirar uma linha que ligue o grande trochanter ao ponto de encontro da columna com a crista do illiaco: a zona por fóra desta linha pode ser injectada.

Uma linha que corra a 4 dedos de travéz abaixo e parallela á crista do osso illiaco pode ser injectada, até onde encontrar a agulha musculo sufficiente.

O sulco inter-nadegueiro offerece tambem pontos de injecções: tire-se uma linha de cada lado deste sulco a 2 dedos de travéz para fóra: nesta linha podem-se fazer, em pontos espaçados, 3 injecções de cada lado, ora num lado ora noutro.

A melhor posição para as picadas é a posição de bruços, onde o relaxamento dos musculos é maior.

Durante o tratamento mercurial cumpre ter o doente o maximo cuidado com a hygiene da bocca e dentes, lavando-se, escovando-os com agua oxygenada — 1 colher de sopa para 1 copo dagua fria, ou com a classica soluçao de chlorato de potassio — 1 colher de sopa em 1 litro de agua, isto tudo em vista da stomatite ou gengivite mercurial.

Estes accidentes, juntamente com a dysenteria, constituem as complicaçoes a se temerem nas injeçoes insolueis, pois quando sobrem ameaçam perdurar por via dos depositos do medicamento que não pode ser eliminado de prompto, e por apparecerem tardiamente depois de terminada a serie ás vezes.

Temos observado gengivite algumas vezes, porém rara comparativamente ás injeçoes feitas; a colite mercurial grave registámos uma vez, em um doente que recebera por engano seu e do medico 2 injeçoes por semana do oleo, na dose de 0 gr. 20 ou 0, 40 por semana, isto é, 4 vezes a dose normal! A dôr é bem supportada, e quando a injeçao é profunda não se formam nodulos. Acresce a estas vantagens, que o periodo de repouso, depois da serie, é longo, de 1 mez a 1 e 1/2 mez, conforme as injeçoes são de 6 ou de 8, podendo assim o doente descansar bem. A efficacia do tratamento é real, não precisando ser encarecida mais, como demonstram as observaçoes.

Além do oleo cinzento, base do tratamento de fundo, indica-se, como sal de grande açao, pela sua natureza e riqueza em mercurio, o calomelanos, preparado insoluel tambem. Poderá este substituir o oleo nos casos rebeldes e na syphilis nervosa, onde a sua açao é inconteste, na mesma dose de 0 gr., 10 e na mesma porcentagem de 40% E' bom todavia começar-se o tratamento pela dose de 0, 05, subindo-se aos poucos a 0, 10, por semana, até 6 a 8 injeçoes por serie.

E' de boa pratica variarem-se os preparados mercuriaes, para que as spirochaetas não se acostumem ao medicamento, tornando-se assim resistentes a sua açao. Preferimos para o calomelanos o titulo de 40 o|o ao de 5 ou 10 o|o, por se poder, desta arte, usar a seringa de Barthelémy e por se reduzir a quantidade injectada. Tendo o oleo uma consistencia solida, de pomada, deverá ser derretido a banho-maria ou aquecido ligeiramente e bem agitado para perfeita homogeneisaçao do mercurio; o mesmo cuidado para o calomelanos.



**TRATAMENTO PARA O PERIODO SECUNDARIO**

Em plena efflorescencia da molestia (roseolas, papulas, placas mucosas, cepheala intensa, rheumatismo generalizado), quando os germens se acham disseminados pelo organismo, convem não se injectar logo o 914, pelo perigo dos accidentes ligados a uma destruição massiva das spirochaetas, com absorpção brutal de seus productos (reacção de Herxheimer), e das neuro-reincidencias, ou, injectal-o em pequenas doses tacteantes. Será mais prudente, nesta emergência, re-frear a intensidade do processo com as injecções endo-venosas de cyaneto de mercurio, na dose maxima de 0, 01 por dia. Ahi o cyaneto se indica pela rapidez de sua acção, pois é preciso "blanchir" logo o doente para se fazer em seguida o 914. Finger Vienna não injecta o 914 no periodo secundario, evitando assim desastres. Convem notar que o 914 pela sua acção cicatrisante faz desapparecer rapidamente os accidentes secundarios, evitando assim maior contagio, sendo portanto um precioso agente prophylactico.

O tratamento com placas mucosas carece ser energico, porque são estas muito infestantes. O fumo facilita o apparecimento das placas, donde prohibição do syphilitico de fumar nos accessos da molestia e muito menos de fumar se as têm. O 914 tem uma acção notavel sobre ellas.

Dominado o fogo do secundarismo, entrar no tratamento normal.

Vem do exposto que cada serie de injecções mixtas, de oleo cinzen-to ou calomelanos com 914, repetem-se de 3 em 3 mezes, constando a serie de 2 a 3 injecções de 914 e de 6 a 8 de mercurio, o que faz por anno 24 a 32 de mercurio com 12 ou mais de 914. Depois da serie o doente descansa, tomando um pouco de iodeto, até que se passem os tres mezes de começada a serie anterior.

Julgamos que as injecções intra-venosas teem acção fugaz: com a mesma facilidade que entram no organismo são eliminadas, é como agua em regador — não provocando forte impregnação. A sua unica vantagem está na ausencia da dôr, e nos casos em que se precisem remover de prompto certas manifestações incommodas ou graves.

Fomos dos primeiros a usal-as na 1.<sup>a</sup> Enfermaria de Medicina da Santa Casa, serviço do Dr. Diogo de Faria, porém a prática nos mostrou a sua inefficacia, como tratamento de fundo da molestia. Deve ser confessado que as vezes o medico esbarra com difficuldades grandes no tratamento, diante da pusillanimidade dos doentes, que recuam á dor, sendo então coagido a empregar as injecções endo-venosas: antes estas que nada.

O benzoato é fraco demais, se bem que pouco doloroso; o bi-iodeto de mercurio é um bom preparado, porém suas injecções carecem repetidas de 2 em 2 dias e são dolorosas; não devendo ser feitas nas

veias que induram e thrombosam. O unico sal que deve ser injectado nas veias é o cyaneto de mercurio ou o oxy-cyaneto, por ser mais bem supportado. Somos contrarios aos saes compostos de mercurio — este associado ao iodo e ao arsenico — pois ha uma diminuição ou mascaramento de acção. E depois que necessidade ha em se empregar o arsenico misturado, quando temos no 914 o melhor dos arsenicaes para a syphilis.

### TRATAMENTO DO PERIODO TERCARIO

O terciarismo com suas lesões ulcerosas e gommosas, para a pelle e órgãos internos offerece boa indicação para o 914 que tem acção cicatrisante notavel. Bem é de notar-se que em certas lesões visceraes profundas, o arsenobenzol pode ter uma acção muito energica e fundente e congestiva, de sorte a causar alterações serias e rapidas, principalmente em órgãos nobres como o systema nervoso central. Tem-se visto alguns accidentes mortaes depois duma applicação intempestiva do 914, nos casos de syphilis nervosa (paralysisa geral, gommas cerebraes, meningites, etc.), principalmente quando as doses são muito a miudo. Os doentes apresentam então phenomenos congestivos, hemorragias, para o lado do cerebro e meninges, exteriorisando-se por ataques convulsivos e epileptiformes, paralysisas, e coma final, ou por lesões irremediaveis do nervos acustico e optico.

Achamos que nos casos duvidosos do estado das lesões centraes, melhor será desobstruir o terreno, fundir os infiltrados com o iodureto de potassio que tem no terciarismo effeito surprehendente e indicação formal. Associe-se ao iodeto, nestes casos, o cyaneto que age mais de prompto, para mais tarde começar-se com o 914, em doses fracas e espaçadas. E' um grande erro no tratamento da syphilis querer-se correr, salvo quando um accidente imminente ameaça o doente, pois que a molestia é longa e chronica pedindo um tratamento chronico "à longue échéance" E a demais, nestes tratamentos intensivos, tenha-se muito em conta o estado renal, porque o mercurio é um grande veneno para os rins; e raro não é que os syphiliticos apresentem nephrites, ligadas a outras etiologias, quando a causa está no mercurio abusado. Não vemos tambem a razão de ser das doses collossaes de iodeto de potassio no tratamento da avaria, como as de 10, 20, 30 grammas empregadas as vezes em Caldas. E' desconhecer que o iodeto não é especifico da molestia e, mesmo que o fosse, nada justificaria este excesso, ainda que tivessesmos de curar a molestia em um mez!

O iodeto de sodio foi empregado por Klemperer em injecções endovenosas, na solução isotonica de 10% e nas doses de 1, 2, 5 e 10 ou

mais grammas. E' um tratamento precioso quando o estomago não supporte o iodeto de potassio pela bocca, mas não supplanta este ultimo na acção e segurança. No concernente ás doses, somos partidarios das doses fracas de 1|2, gr. por dia, salvo nos casos serios — em que subimos a 2 ou mais grammas.

Esta dosagem maior indica-se nos casos de ectasia da aorta e nas aortites especificas.

Como succedaneo do iodeto, mas não lhe igualando em acção temos outros preparados de iodo em combinações organicas e injectaveis, assim que o lipiodol de Lafay, a iodo-gelatina de Sclavo, com que nos temos dado bem nos processos amortecidos, quando não se precise de uma acção muito energica. Os outros iodados a se administrarem pela bocca teem acção muito branda na syphilis e servem mais para entreter a acção medicamentosa em certos doentes, quando não supportem o iodeto. A nossa pratica conhece a iodolose, iodona e iodogneol, além da iodo-gelatina.

Muito se tem abusado do iodeto na arterio-esclerose. Já Huchard se bateu contra este abuso, mostrando os perigos, para os rins combalidos, de doses superiores a 0 gr., 50.

### TRATAMENTO DO PERIODO QUATERNARIO

As molestias chamadas de parasyphiliticas e que o tino do grande mestre Fournier ligou á syphilis, como a meningite chronica especifica, a tabes, a paralysis geral, devem entrar neste periodo quaternario. A paralysis geral é progressiva e nella o 914 deve ser empregado com muita reserva em vista dos accidentes congestivos.

Mal não ha em se empregarem o oleo cinzento ou o calomelanos em doses fracas de ensaio; mesmo porque outra cousa não ha a se fazer nesta terrivel molestia.

Na tabes o tratamento pelo calomelanos tem apoio de Babinski, devendo-se ainda empregar alternadamente ou como tratamento de fundo, o oleo, de mistura com o 914. O mesmo tratamento para a meningite chronica especifica.

### TRATAMENTO DA SYPHILIS POR OUTROS MEIOS QUE NÃO AS INJECCOES

Nem sempre é possivel fazer-se o tratamento do mal pelas injecções, que constituem o tratamento de escolha, isto em vista das difficuldades do meio e dos doentes. Nas creanças, as injecções são muito dolorosas e difficeis, o que nos leva ao tratamento por meio das

fricções de pomada mercurial dupla, contendo esta a metade do seu peso em mercúrio. Podem-se usar as doses de 1/2, 1, 2 grammas da pomada dupla ou napolitana, conforme a idade, para cada fricção por noite, com 10 fricções por mez. Afim de se evitar irritação da pelle determinada pela pomada, convem que a esfregação se não faça mais de uma vez na mesma região durante a série. As regiões mais adequadas são:

1) virilha direita, 2) virilha esquerda, 3) axilla direita, 4) axilla esquerda, 5) curva do joelho direito, 6) curva do joelho esquerdo, 7) curva do braço direito. (dobra formada pelo braço e ante-braço), 8) curva do braço esquerdo, 9) barriga da perna direita, 10) barriga da perna esquerda. Temos assim 10 regiões diferentes para as 10 noites. A fricção deve durar de 5 a 10 minutos, lavando-se antes a região a se esfregar com agua quente e sabão ou com ether, afim de desengordurar a pelle. O doente, depois de friccionado, dorme com a pomada, devendo no dia seguinte lavar a região, esfregada na vespera, para retirar a pomada.

Neste tratamento é preciso ter-se muito cuidado com a hygiene da bocca. O inconveniente maior destas fricções está em não se saber a quantidade de mercúrio absorvida, e a sua conveniência, na ausencia da dor, comquanto seja um tratamento aborrecido pela sujeira da pomada. Nos adultos a dose normal da pomada napolitana é de 4 grammas por dia; em certas estações de aguas (Poços de Caldas) esta dose poderá ser elevada a 6 gr., em vista da maior eliminação produzida pelos banhos sulfurosos.

Nas creanças, indica-se ainda o velho pó cinzento da pharmacopéa ingleza (hydrargyrium cum creta) que é o mercúrio metallico extinto na greda, na proporção de 1 para 3 e que poderá ser dado em papeis, pela bocca, na dose de 0 gr., 03, na hora do almoço e do jantar, 2 papeis por dia. A associação dos pós de Dover, na mesma dose, ao pó cinzento, é boa, corrigindo alguma acção irritante que possa ter.

A dose de 0, 03 pode ser elevada a 0, 05 e mesmo a mais conforme a idade. O licor de Van Swieten (sublimado a 1 por mil) nas doses de 10 gottas a 20 gottas pede um bom estomago, nas creanças. O calomelanos pela bocca tem uma acção muito alterante, determinando forte irritação intestinal por fim. Os preparados de bi-iodeto ou proto-iodeto são tambem irritantes para os estomagos e intestinos fracos ou de acção incerta como o proto-iodeto.

Resta o biiodeto de mercúrio no vinho, de acção insegura porem mais bem tolerado pelo organismo (elixir Deret e a serie dos elixires biiodados dos diversos fabricantes onde o iodeto de potassio em pequena dose associa-se ao biiodeto). Nas creanças estes preparados tem a inconveniência de ser alcoolicos, porém nos meninos e adultos são

às vezes de grande recurso para o clínico que delles lança mão a miudo, por serem alem do mais muito discretos.

Apezar do progresso enorme que impulsiona a therapeutica da lues, vezes ha em que somos ainda obrigados a lançar mão do velho xarope de Gibert (mistura de bi-iodeto de mercurio ao iodeto de potássio, contendo cada colher de sopa 1 centigrammo de bi-iodeto e 1|2 gr. de iodeto) nos casos dos doentes que vivem na roça, longe dos centros; o doente tomará este xaropé durante 10 dias no mez ou seja a quantidade de 300 cc. — uma colher de sopa depois do almoço e do jantar.

As pilulas de Dupuytren (sublimado, 1 centigrammo por pilula) e as de Ricord (proto iodeto 0, 05) são irritantes e falhas, como em geral todo o tratamento pela bocca, pois não sabemos a quantidade absorvida de medicamento, que provoca ainda forte irritação gastrointestinal.

### CONCLUSÃO

Do muito que foi dito, precisamos concluir. A syphilis, assim que se esforçam e se esforçaram em mostrar os mestres, é o grande protheu da medicina, e esta noção carece ficar bem gravada no espirito de todos, principalmente de nossos estudantes, que amanha vão deixar a Faculdade para a vida pratica. Reveste este terrivel mal todas as feições, mascara muitas molestias, insinua-se pelo seu contagio facil em todos os meios, estigmatiza gerações e gerações, lesa todos os orgãos, degenera raças, emfim é a grande avaria. "Memento lues" é a phrase que deve sempre soar aos ouvidos do clínico; "delenda lues" é a tarefa momentosa do medico e do hygienista, neste movimento eugenico actual.

Todos os esforços precisam se colligar nesta campanha bemfazeja.

O problema é deveras acabrunhador, pois a sua solução é desesperadora para todos. Meios não vemos senão um ensaio de prophylaxia pela educação sexual, na familia, nas escolas, educação moral animada pela religião. Os educadores, diante do medo de provocar curiosidades malsans, fogem do problema, que deve ser encarado de face e não contornado assim. O resultado é que os jovens, solicitados pelas razões da idade, atiram-se ao vicio, na mais completa ignorancia, contrahindo bem cedo muitas molestias. Bem sabemos que não será o temor da molestias, nem considerações outras que irão por um dique ás avarias todas venereas e syphiliticas, que a paixão é cega assim que vem provando, em tristes experiencias, a historia de todos os tempos. O sentimento religioso se nos affigura como o melhor dos freios; e mesmo assim quantas idéas falsas sob a capa da physiologia scientifica não espera os mais bem intencio-

nados. A continência é condemnada em nome da physiologia, dizem alguns, de modo que a incontinência é apregoada em nome da mesma physiologia. O resultado é que nós, medicos, vemos a cada passo as consequencias nefastas destas necessidades sexuaes e nunca vemos os maleficios da continência, assim que já se exprimia o grande Fournier. E' preciso que não se encare o acto sexual como um acto só sensual. E' vezo em certos meios considerar-se até o casamento como um estado de imperfeição, mas a Igreja o elevou a altura de um sacramento, dignificando-o desta arte sobremodo. E' a natural malicia humana que marea tudo. E' melhor que a juventude receba de seus paes e mestres a educação sexual do que inicie na sua vida sexual pelas conversas sensuaes de collegas e companheiros que logo se positivam em actos immoraes, tão prejudiciaes, pelo abalo que trazem á saude, senão por molestias irremediaveis.

A educação sexual deve entrar nas cogitações dos educadores e dos que se occupam dos problemas eugenicos.

### RESUMO

Achamos que o tratamento da syphilis, sempre que seja possivel, se deve fazer pelo mercurio (preparados insolueis: oleo cinzento, calomelanos) e pelo arsenobenzol, (tratamento mixto). Este será dado cada 15, 20 ou 30 dias, sendo no intervallo dado o oleo cinzento a 40 % ou o calomelanos e 40 o/o em injeções semanaes, de 0 gr. 10, ou 10 divisões da seringa de Barthelémy (cada divisão correspondente a 1 centigramma de mercurio metallico ou do calomelanos a 40 %). O numero total das injeções de cada série, será de 6 a 8. Cada série começará de 3 em 3 mezes, ficando o tempo, que mediar entre a ultima injeção da série e o inicio da série seguinte, para descanso (geralmente de 1 a 1 1/2 mez). Durante o descanso das injeções, tomar umas 10 a 20 grs. de iodeto de potassio em dose de 1/2 a 1 gr. diarias; findas estas doses, descansar completamente até que se passem os 3 mezes, para recommear nova série. Quando se não possam fazer as injeções insolueis, fazer as solueis, porém em numero de 30 a 20, um dia sim e outro não. Nestas indica-se o bi-iodeto, que é doloroso, porém bom sal, para a via intra-muscular; o cyaneto ou o oxycyaneto indicam-se para as veias (injeções sem dor, mas de effeito rapido e fugaz, servindo para se removerem accidentes incommodos ou graves de momento e não para tratamento de fundo). O benzoato é fraco. Estes saes se empregam nas doses de 0, 01 e 0, 02, cada dia ou melhor cada 2 dias. Para o tratamento de fricções, a poma-

da mercurial dupla (unguento napolitano) ou pomada simples (4 vezes mais fraca) empregam-se nas doses de 4 a 6 gr. por noite. O tratamento pela bocca faz-se pelo velho xarope de Gibert (1 colher de sopa contendo 1 centigrammo de bi-iodeto e 1½ gr. de iodeto), e, para os estomagos mais delicados, pelo elixir bi-iodado, dos diversos fabricantes, imitados do elixir bi-iodado original Déret, na dose de 1 colher de sobrezeza ou de sopa, depois do almoço e jantar. O iodo será dado sob a forma de iodeto de potassio — 1 a 2 gr. por dia — ou em injeccões de iodeto de sodio a 10 %, iodo organico (lipiodol Lafay, iodo-gelatina Sclavo) ou pela bocca — iodolose, iodona, iodogenol, iodo-gelatina. O arsenobenzol original de Ehrlich é o melhor — neosalvarsan —, porém a guerra fello um preparado carissimo e de difficil obtenção; temos empregado como succedaneo o novarsenobenzol de Billon.

O luargol (di sodo luargol de Poulenc — combinação do arsenobenzol ao antimonio e prata) é bom cicatrizante indicando-se tambem no ulcera de Baurú; a dose I tem o gr. 05 do sal, a II — 0,10 e assim até VI — 0,30.

Para se julgar do effeito do tratamento, é bom fazer-se todos os annos, depois de 1 mez de descanso completo de medicamentos, uma reacção de Wassermann. Para se poder fallar em cura, isto mesmo com muitas reservas, é preciso que o Wassermann, depois do tratamento, permaneça negativo durante 2 annos consecutivos, Wassermann feito de 6 em 6 mezes. A cura da syphilis é um problema muito difficil em medicina, pois os doentes não se sujeitam, até o fim, ao tratamento. A molestia torna-se chronica, mas ha casos de cura, mesmo com um tratamento incompleto, (o que é raro), assim que provam as novas reinfeccões.

Mesmo no decurso da syphilis chronica, ha periodos de acalmia: paes lueticos podem ter filhos sãos, como mostra a syphilis contrahida destes ultimos. Isto todavia não é a regra, devendo cada syphilitico lembrar-se sempre, durante toda a sua vida, que é um doente e que precisa tratar-se, para não eternisar a sua molestia e a não transmittir á sua descendencia.

A questão do casamento dos avariados é das mais momentosas. A escola franceza, antes da reacção de Wassermann, só permitia o casamento aos syphiliticos, depois de um tratamento de 4 annos, com a espera de 1 anno sem tratamento, afim de ver se neste anno de espectativa não surgia nenhum accidente luetico. Temos hoje no Wassermann um meio bom para julgarmos, não diremos da cura, mas da molestia amortecida e assim menos perigosa. Alguns auctores allemães vão fazendo o 914 e o mercurio, até que o Wassermann se mostre e permaneça negativo, durante 1 a 2 annos. Comquanto seja difficil e pouco poetico, achamos que, diante da extensão apavorante do mal, as familias deverão exigir, reciprocamente, as folhas do

Wassermann para os noivos, afim de verem se ellas estão limpas, desobrigando os noivos os medicos préviamente do segredo profissional, para que estes possam ser os conselheiros auctorisados e indispensaveis antes do casamento. E' um dos meios de se evitarem maiores desgraças. Achamos que todo o syphilitico deve mandar examinar, de quando em quando, o seu aparelho cardio-vescular, principalmente a aorta, pois lesões de aortite, com insufficiencia aortica, e muitos aneurismas da aorta processam-se quasi sem barulho, de modo que quando o doente procura o medico é tarde demais para um tratamento efficiente. E' o que nos tem mostrado a triste observação de alguns casos.

Memento lues, Delenda lues!

---

## Do emprego da emetina nas metrites<sup>(1)</sup>

Dr. Mello Camargo (da Policlínica de S. Paulo).

Doutorando Flaminio Favero (do Gremio dos Internos, dos Hospitales).

### (Nota prévia)

A emetina, principio activo da ipecacuanha, *Cephaelis ipecacuanha*, planta nossa, da familia das Rubiaceas, é empregada nas constipações de ventre, na furunculose de origem toxico-alimentar, nas enterocolites, na pyorrhéa alveolar, nas hemorragias, na amebiose, etc. E' nas hemorragias e principalmente na dysenteria amebica que a applicação da emetina apresenta as suas maiores vantagens.

Inspirado pelo distincto clinico dr. Gonçalves Theodoro, estamos empregando a emetina no tratamento das metrites, obtendo os mais animadores resultados, a ponto de não nos furtarmos ao desejo de tornar conhecidos os estudos que encetamos. Para apoiar o que affirmamos, vamos citar duas observações bastante suggestivas que temos, a primeira, de uma doente que procurou o serviço de gynecologia a cargo do primeiro de nós, na Policlínica de S. Paulo e que ambos tivemos o ensejo de examinar; a segunda observação é da clinica particular do primeiro de nós.

Ainda para corroborar as vantagens do medicamento, poderíamos citar varios casos do dr. Gonçalves Theodoro e quatro do dr. L. de Campos Moura, nos quaes o resultado foi de proveito; não o fazemos, porque os dados que possuímos a respeito não são completos e nem mesmo temos a conveniente autorisação.

---

(1) — Trabalho apresentado ao "Gremio dos Internos dos Hospitales"



Observação 1.a). M. L. branca, viuva, multipara, não notificando accidentes venereos em seu passado.

Diagnostico gynecologico: metrite hemorrhagica.

Não sendo encontrado motivo para a metrite, pois não havia informes de abortos recentes, e nem existindo elementos que fizessem viavel a idéa de polypo, prevaleceu a hypothese de metrite por esclerose da mucosa uterina. Os annexos eram inatingiveis ao toque combinado, indolores e, bem assim, o utero.

Tratamento: asseio vaginal por meio de lavagens com solução de acido tannico e bi-borato de sodio e com solução de chloreto de sodio (um dia com cada uma dellas), desinfecção intestinal e injecções de chlorhydrato de emetina a 3 o|o, cada dous dias, sendo injectados seis centigrammos por vez. Depois da 2.a injecção, desapareceram as perdas sanguineas, ficando, porém, um corrimento esbranquiçado, que cedeu, por fim, após 8 injecções do medicamento. O tratamento foi rematado com o emprego do iodeto de potassio e do bi-iodeto de mercurio, em pequenas doses este ultimo, atentas as idéas modernamente adquiridas sobre as metrites.

Observação 2.a). — A doente a quê se refere esta segunda observação era multipara e portadora de uma metrite chronica. Declarou a paciente que, logo após o seu casamento, contraiu vasta infecção, attribuida aos germes de Neisser, e da qual resultou um aborto. Tratou-se longamente.

Perto de 10 annos depois do accidente relatado, fomos chamado (Mello Camargo) para vel-a. O tratamento foi em tudo identico ao 1.o caso e, como o tratamento, tambem o foi o resultado. Mezes depois de terminado o tratamento, a cura ainda persiste, completa.

Eis assim relatados, ligeiramente, os resultados que o emprego da emetina pode dar no tratamento das metrites, desde que estas não tenham como immediato responsavel o *coccus* neisseriano.

Com esta nota, concitamos os collegas a novas observações afim de verificar-se a constancia dos resultados do remedio.

---

## Contribuição ao estudo sobre a genese dos kystomas simples ovarianos

Dr. Carmo Lordy (Preparador con-  
tractado de Anatomia Pathologica).

Principalmente entre os auctores allemães muito se tem discutido a respeito da genese dos teratomas e dos teratoides, mais conhecidos sob a denominação de kystos dermoides.

A' theoria de Willms, baseada na partenogenese e posteriormente repudiada pelo mesmo auctor, contrapoz-se a de Marechand-Bonnet, mais logica e convincente.

Salvo pequenas divergencias de interpretação, quasi todos os auctores são de opinião que estas produções tumoriformes pro-

venham de um blastomero isolado e estacionario durante a evolução do resto do corpo embryonario. Este fragmento, este germe, assim destacado do ovo em via de segmentação terá valores potenciasaes, aptidões em sua differenciação tanto mais pronunciados, quanto mais precoce fôr seu isolamento e inclusão. Assim, remontando-se até a inclusão de cellulas da primeira phase de segmentação do ovo fecundado, com facilidade explica-se a existencia de producções contendo derivados dos 3 folhetos (tridermomas), lembrando a estrutura complexa de um embryão.

Ao lado deste germe totipotente, affim da cellula ovo, pode haver outros multipotentes, como os bidermomas, e outros, finalmente, de desenvolvimento unilateral, como os monodermomas.

Cumpre, entretanto, observar que nem sempre são verificaveis os derivados dos 3 folhetos, podendo acontecer que no desenvolvimento haja prevalecimento de um folheto em detrimento do ou dos outros folhetos, por atrophia, degeneração e successivo desaparecimento. Haja vista o caso apresentado por Saxer, em que á custa dos 3 folhetos se desenvolveram no ovario apenas alguns dentes, representando um embryoma evoluído unilateralmente. Obedecendo a esta concepção, ultimamente foi-se mais além, até incluir no numero dos teratomas differenciados numa unica direcção os communs kystomas do ovario.

Tem-se procurado explicar a predilecção da sede dos teratomas nas glandulas genitales de diferentes maneiras.

A opinião muito resumida pelo professor Habersfeld é a que mais satisfaz pela clareza e simplicidade. A cellula blastomeric divide-se em blastomeros sexuaes, donde provem as glandulas sexuaes, e blastomeros somaticos, de que deriva o resto do organismo. Duas hypotheses se enfrontam, ou fica incluída entre as cellulas sexuaes alguma cellula somatica ou ha entre as cellulas sexuaes alguma com differenciação e potencialidade de uma cellula somatica. Parece mais verosimil a segunda hypothese, pela muito frequente localização destas producções tumoriformes nas glandulas genitales.

O resumo destes dados é de grande utilidade para a justa apreciação genética dos tecidos e órgãos contidos nos kystos dermoides e porque aproxima da genese destas producções a dos kystomas pluriloculares do ovario, de conformidade com as vistas de Ribbert e de outros auctores.

Um caso muito instructivo sobre o assumpto tivemos occasião de estudar. Trata-se de uma struma colloide com kysto dermoide de um ovario extirpado, na sua clinica civil, pelo prof. Arnaldo Vieira de Carvalho e enviado ao Laboratorio de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

O exame attencioso da peça, além de suggerir outras apreciações, presta-se para demonstrar a pouca razão que assiste aos que ainda sustentam ser uma pura coincidência a associação no mesmo tumor do kysto-adenoma com o dermoide.

Como adiante detalhadamente descrevemos, o ponto cephalico, no nosso caso, se acha fóra do kysto dermoide, inteiramente com-

prehendido na massa da struma colloide; o que peremptoriamente comprova a asserção de que o mesmo blastomero incluído e totipotente evoluiu produzindo simultaneamente as duas formações.

### EXAME MACROSCÓPICO

O tumor tem 20 cm. de comprimento, 12 cm. de altura e 12 cm. de largura, formando duas partes separadas por um estrangulamento nítido, uma de 13 cm. X 12 cm. X 12 cm. e a outra de 7 cm. X 10 cm. X 8 cm., sendo a maior de superfície nodulosa, com nodulos multiples salientes e de todos os tamanhos até o de uma nóz. de côr branca acinzentada, havendo muitos de côr azulada. Os nodulos se agglomeram sobretudo numa parte contigua ao tumor menor, simulando um cacho de uvas.

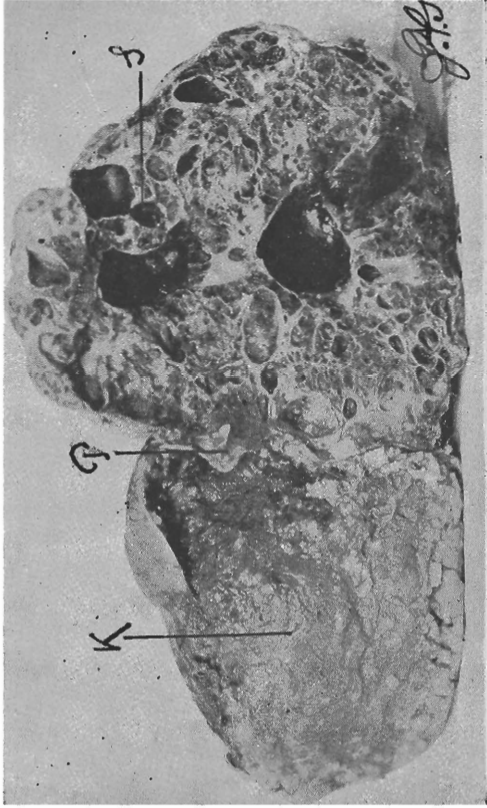
A outra parte menor tem superfície lisa e côr cinzento-amarellada. Ao corte, a parte maior apresenta o aspecto typico de um kysto-adenoma multilocular, com kystos apenas perceptíveis até com o tamanho de uma caverna em que caiba uma nóz. O conteúdo é de aspecto seroso, outras vezes de colloide e outras tem a côr de chocolate. A consistencia é muito dura, pelo grande numero de largos septos fibrosos entre os diversos kystos. A dureza é ainda maior principalmente no angulo vizinho das agglomerações kysticas. Neste ponto prevalece a côr vermelha acinzentada com partes brancas de aspectos tendinoso, outra com côr amarellada semelhante a do colloide, com pontinhos mais brancos e consistentes dentro da massa do colloide. O tumor pequeno apresenta ao corte uma massa cholesteroliforme, característica dos dermoides, unctuosa, misturada a grande numero de pellos de tamanho diverso. Tal massa se destaca completamente da membrana que a envolve, dando ao tacto a impressão de pergaminho. O ponto cephalico se encontra na parte do tumor que apresenta o aspecto de kysto-adenoma multilocular.

### EXAME MICROSCÓPICO

Fixação em Müller-formol e Kayserling. Inclusão em paraffina, coloração por hematoxylina-eosina e Van Giesson. Os cortes para exame histologico foram praticados em diferentes logares da parte maior e menor do tumor.

As preparações histologicas do kysto dermoide accusavam a existencia de tecidos proprios desta variedade de teratoides, tecido conjunctivo, camada malpighiana, cornea, pellos e massa cholesterolinomatosa, que ao esfregaço apresentava, além de graxa neutra, grande numero de pequenas taboas de cholesterolina, caracteristicamente dispostas.

O que prevalecia nas outras preparações correspondentes á parte multiloculada era tecido thyroidiano com a estrutura de struma colloide. Havia alveolos de todas as dimensões, cheios de colloide e em cuja massa se encontravam muitas cellulas alveolares desca-  
madas e degeneradas. Como acontece na struma colloide da glandula thyroide, tambem na ovarica, as cellulas alveolares se apresenta-



K = Kysto dermoide. P = Ponto cephalico de Wilms.  
S = Struma ovariana.



vam de diverso formato, altas, cylindricas, cubicas, chatas, de conformidade com a menor ou maior acção mecanica exercida pela massa, que, neste caso, dava nitidamente a reacção tinctorial da heilkunde.

No tecido conjunctivo mais e menos fibroso, além de diversos pequenos nucleos de cartilagem hyalina, se notavam infiltração parvi-cellular e raros folliculos lymphaticos. Na parte correspondente ao ponto cephalico de Willms, ao lado destes ultimos tecidos observamos uma fileira de cellulas cylindricas ciliadas, separada por tecido conjunctivo de um nucleo cartilaginoso, lembrando a estrutura de um esboço de trachéa.

Assim, aos tres casos de struma colloide ovarica de Ribbert, podemos accrescentar o nosso, mais interessante pela presença do esboço trachéal e do kysto dermoide, evoluindo contemporaneamente e á custa da inclusão muito precoce de um mesmo blastomero totipotente.

---

#### BIBLIOGRAPHIA

- Barbacci** — I tumori.  
**Aschoff** — Pathologische Anatomie.  
**Kauffman**. — Trattato di anatomia patologica speciale.  
**Ribbert**. — Geschwulstlehre fur Arzte und Studierend.  
**Liepmann**. — Kurzgefasstes Handbuch der gesamtem Frauencolloide.  
**Borst**. — Die Lehre von den Geschwülsten.
- 

## Um pouco de chimica

Domingues de Campos, alumno do  
4.º anno.

E' uma tendencia do espirito humano, diz Bouty, mudar constantemente o ponto de vista de investigação. Devido a essa inclinação talvez, feliz ou infelizmente as sciencias avançam em progresso á medida que crescem em anno. Assim, a Chimica hodierna deixou de ser a sciencia dos sopradores, a sciencia occulta, a sciencia hermetica para se tornar a sciencia das industrias, da medicina, da agricultura, da arte bellica, enfim a sciencia do povo.

Hoje ninguem ignora o valor, a força, o impulso que pode dar a um povo esse ramo do saber humano.

Não precisamos citar exemplos porque elles são por demais numerosos. E, senão volvei os olhos para a Europa e lá encontrareis caros leitores, os povos empenhados na mais titanica das lutas, a

luta dos fortes, a luta dos gigantes contra a tyrania. E quem deu áquelles povos tamanho poderio? Foi a chimica, sciencia maravilhosa, que ensina ao homem o fabrico dos explosivos; que operando prodigios tantos, ensina o homem a temperar o aço rijo dos canhões e a produzir em grande escala, em grande quantidade gazes corrosivos que os ventos levam em lufadas de morte ao campo dos guerreiros! Feliz ou infelizmente a chimica é assim. Mas não acrediteis por isso que ella seja a sciencia da morte, a sciencia vil; a Chimica tem um fim mais elevado, altruistico, é a sciencia do progresso, a sciencia bemfazeja da humanidade. Os homens são os que deturpam a função, o fim elevado para o qual ella tende na sua marcha vertiginosa de aperfeiçoamento.

Para chegar, porém, a operar prodigios tantos, a chimica passou por diversas phases evolutivas: a phase da incerteza, a phase pluralista e finalmente acha-se no seu terceiro estadio, isto é, na phase monista.

\*\*\*

Já desappareceram os representantes da antiga concepção ponderal representativa para dar lugar aos cultores da escola nova — a escola atomística de Dalton, de Proust, de Gay-Lussac. Este periodo de demolição e reconstrucção se delineou na escola phylosophica da Jonia e se crystallizou com Dalton, Proust, Gay-Lussac, Avogrado e Ampère e outros. A chimica toma desde então um cunho positivamente scientifico, aperfeiçoam-se os methodos de investigação e a chimica avança a grandes passos para a nova era que se abre com a descoberta dos corpos radio — activos — é a era ou phase monista, a atomo deixa ser particula insecavel, indivisivel; a chimica deixa de ser particula insecavel para se tornar dinamica; a materia deixa de ser a inercia do repouso para se tornar a inercia do movimento. A materia com os seus, atomos já pode ser comparada ao systema estrellar.

A balança, esse instrumento maravilhoso, esse reactivo potente já perdeu do chimista a confiança, pois, a materia nos seus movimentos eternos tende como demonstrou Le Bon, para esse reservatorio immenso de nergia — o ether. Hoje tudo se resolve nelle e tudo se explica ou se pretende explicar pelo ether.

A' antiga hypothese de Helmholtz já oppuzeram a de Briner segundo a qual os phenomenos que dão calor ao sol não passam de fragmentações ionicas de massas radiíferas existentes no astro.

\*\*\*

Antes da era radio-activa, antes da materia ter sido surpreendida numa fragmentação tão grande, Prouth já havia emittido a hypothese da unidade e da fragmentação da mesma, pois, como demonstrou Berzelius, para que o hydrogenio fosse a pluralidade condensada, como queria Prouth, seria preciso admittir para peso

atômico do hydrogenio não mais a unidade, mas um numero igual a metade desse peso. Assim como as idéas de Prouth outras ha que mais de perto se predem as idéas novas. Haja vista as da dissymetria das particulas gazosas electrizadas differentemente; as de Ermann citado por Poincaré sobre a conductibilidade unipolar da chamma.

A theoria moderna ou ionica não explicou do campo a sua antecessora, ao contrario, ambas se attrahiram por assim dizer, tentando explicar o que os sentidos não percebem. A differença entre uma e outra está apenas no modo de encarar a ultima particula — o atomo. Na theoria atomica essa parte aliquota da materia é um todo insecavel, indivisivel, ao passo que pela nova theoria, o atomo é formado por particulas mil vezes menores — electrons ou ions-negativos.

E destafeita foram os gazes que forneceram os priemiros pontos de apoio á theoria. Assim, si fizermos passar num gaz qualquer, tomado á pressãõ ordinaria, o hydrogenio por exemplo, um feixe de raios X, o gaz de isolante torna-se conductor; si introduzirmos na massa gazoso dois electrodos metallicos presos á pilha de Bunsen, se estabelece uma corrente electrica tal qual numa solução electrolytica por divisãõ expontanea da molecula em ions positivos e negativos. (Poincaré).

Essas particulas carregam cargas electricas iguaes como estabelecem as exeperiencias de J. Thonson, porém, tem velocidades differentes segundo as exeperiencias de Langevin. As particulas carregadas positivamente se movem mais lentamente do qu as carregadas negativamnte. Chegaram mesmo a medir as cargas electricas das particulas e assim calcular a massa de cada especie. Os ions positivos foram considereados como agrupamento de moleculas ao passo que os ions negativos ou electrons foram considerados como sendo mil vezes menores do que o atomo.

As açções que solicitam esses fragmentos ultimos a se unirem em atomos, em moleculas, em corpos, tambem tiveram explicação na electricidade.

Em summa, a ultima das theorias porque tem passado a materia e com ella a chimica é uma theoria electrica da qual o ether, esse meio hypothetico a nenhum outro comparavel, constitue o sustentaculo; pois, é nelle que se formam esses pontos electricados que pelo agrupamento se tornam em architaturas tangiveis.

---



## Semiotica do triangulo de Grocco

Dr. Eduardo Monteiro (Assistente  
extraordinario do Prof. Rubião  
Meira)

Em 1902, Grocco, professor em Florença, descreveu na parede posterior do torax uma massicez apresentando a forma de um triangulo rectangular, situada do lado opposto aos derrames liquidos da pleura. Conferiu-lhe o titulo de "triangulo paravertebral oposto" e, segundo a sua opinião, seria patognomonic das collecções pleurais, com o mesmo valor de uma punção exploradora, assim servindo para diferençal-as dos outros estados morbidos que igualmente determinam uma massicez na zona comprometida, parecer que — veremos em tempo oportuno — não representa a realidade dos factos.

Como obra de justiça, asinale-se que antes de Grocco o referido sinal já era conhecido a Rauchfuss, desde 1896, e a Koranyi no ano seguinte, porém ao professor de Florença, que ignorava os trabalhos anteriores, cabe inquestionavelmente o merito de o tornar conhecido em todo o mundo medico.

O triangulo de Grocco, ou Rauchfuss — Koranyi — Grocco, ou sinal de Grocco, ou triangulo paravertebral oposto, ou massicez triangular, ou massicez paravertebral, existe efectivamente nos derrames pleurais, é digno de consideração, muito embora Barbieri afirmasse nunca o ter encontrado, e Bérnard, Roch e Dufour declassassem que não merece importancia.

O lado interno do triangulo é representado pela linha espondilea, o inferior pelos confins pulmonares, e o externo vae em direcção obliqua de cima para baixo e de dentro para fora reunindo as duas extremidades da figura geometrica. Tem, portanto, um cateto perpendicular e outro horizontal, e a hipotenusa inclinada.

Para se determinar o triangulo de Grocco, o individuo fica de pé ou sentado, e percute-se levemente de fora para dentro e de cima para baixo, em linhas obliquas ao raquis. A percussão forte, para este fim, não é conveniente, porquanto, assim procedendo, muitas vezes passará desapercibida esta zona de obscuridade.

Consoante a opinião da maioria dos observadores, o apice do triangulo alcança o nivel da massicez do lado oposto, e são tidos como erroneos os pareceres contrarios, como o de Rauchfuss, o de Teissier, que o encontraram abaixo, como o de Schittenhelm, que o demarcou acima.

A extensão da base varia proporcionalmente á grandeza da massicez do lado oposto, e vae de 3 a 7 centimetros,

A area do triangulo está sujeita a sofrer modificações conforme a posição do paciente. Si ele se deita sobre o lado doente, a massicez paravertebral pode tender a diminuir e é mesmo susceptivel de desaparecer. Si ele assume o decubito do lado são, propende para aumentar. Condição, entretanto, indispensavel para se produzirem alterações da area sob o dominio do decubito, é a existência de um derrame pleural dotado de extrema mobilidade, falhando quando a causa eficiente do triangulo é uma outra apresentação morbida, ou todas as vezes que a collecção liquida é immovel, como sóe acontecer no momento em que é demasiado grande ou então enquistada.

Sob a influencia da inspiração, Goldscheider teria observado a diminuição da sua superficie, e sob o influxo da expiração o seu aumento. Este reparo não foi, todavia, confirmado pelos demais auctores, ainda que ordenassem movimentos respiratorios extensos e profundos.

No tocante ao grao da massicez, ella vai-se incrementando de cima para baixo e de fora para dentro, é mais intensa nas zonas internas e inferiores.

A' percussão digito-digital, além da informação acustica que nos fornece, que é a hipofonese, recolhemos uma sensação tactil, igualmente preciosa, que vem a ser o aumento da resistencia da parede.

Não assiste razão a Grocco no informar que o seu triangulo seria formado de preferencia quando a massicez oposta se assesta no hemitorax direito, pois observações inconcussas demonstram ser indifferentemente delimitado de um ou outro lado.

Na area do triangulo de Grocco, dois phenomenos fisiologicos atenuam-se ou desaparecem — o fremito toraco-vocal e o murmurio vesicular — e tres occorrencias patologicas podem surgir: a pectoriloquia afonica, e egofonia e o sinal de Pitres (signe du sou).

Controversos são os resultados da radioscopia da zona correspondente á massicez paravertebral, e são pobres os estudos a respeito. Enquanto que Mosler, Jürgens, Schittenhelm observavam uma sombra, Goldscheider nada viu na chapa fluorescente, acreditando que o triangulo se escondia atraz da coluna vertebral. Todavía, a constatação de uma sombra nada significa, porquanto pode muito bem correr por conta do desvio do coração. A este respeito é instructivo um caso de Mosler; tratava-se de um individuo portador de um pleuriz esquerdo com derrame e triangulo de Grocco correspondente. no qual havia uma obscuridade radioscopica á direita em relação com o desvio do motor cardiaco, obscuridade que persistiu após a evacuação da coleção liquida e após o desaparecimento da massicez paravertebral, porque, não obstante o esvaziamento da pleura, a deslocação do orgão central da circulação continuava ainda.

No caso em que existe um derrame pleural bilateral — cada qual a um nivel diferente — será observado o sinal de Grocco do lado em que estiver colecionada menor quantidade de liquido, constituindo o que se chama **triangulo paravertebral diferencial**. A altura deste será, então, igual á diferenca de nivel de ambos.

O triangulo de Grocco não será confundido com a massicez cardiaca posterior, com a que pode ser determinada pela auricula esquerda ou pela direita, respectivamente de cada lado da coluna vertebral; o engano é facil de ser evitado desde que se tenha em consideração o facto da forma da figura de hipofonese, neste caso, não ser triangular, mas sim quadrangular, além de que o seu bordo inferior fica em nivel elevado, distante dos confins pulmonares.

E' importante saber-se que no pneumotorax, na mesma séde da massicez paravertebral, vamos encontrar um triangulo de hiperfonese quasi timpanica. As observações de Araoz Alfaro, Miguel Couto, Jacintho de Barros, Bierraccini, Murguet, assim o atestam. No caso do Prof. Miguel Couto, o individuo, portador de um pneumotorax, apresentava um triangulo timpanico paravertebral, que ulteriormente se transformou em triangulo massico, quando pus se colecionou no interior da cavidade pleural. Facto inverso succedeu no doente de Jacintho de Barros; sofria de um pleuriz com derrame.

apresentando o triangulo de massicez, que se transformou em triangulo de hipofonese logo: que o autor nelle praticou um pneumotorax artificial.

\*  
\* \*

Assim conhecido o triangulo de Grocco, vejamos em que occorrencias clinicas o deparamos.

Já vimos que, no parecer de Grocco, a constatação do seu triangulo seria um sinal patognomônico de derrame da pleura, teria o mesmo valor de uma punção exploradora e valeria como elemento decisivo para eliminar o diagnóstico de uma hepatisação do pulmão, de uma pneumonia massiça, de um tumor pulmonar, pleural ou pleuro-pulmonar. No entanto assim não é. O que está hoje assentado é que o triangulo de Grocco se apresenta todas as vezes que existe uma massicez na parede toracica posterior alcançando o raquis, seja a causa da hipofonese de séde supra ou infra-diafragmatica, pouco importa. As observações comprobadoras d'este acerto são copiosas. Na pneumonia foi registrado por Hollis, Hamburger, Clerigo, e, entre nós, pelo Prof. Miguel Couto e pelo Dr. Eduardo Rodrigues Alves. No quisto hidatico do figado foi verificado por Bérnard, no abcesso peri-nefretico por Ewart, num caso de colecção purulenta sub-frenica por Beall.

Diante d'estes factos demonstrativos da existencia do triangulo de Grocco em estados outros que não o derrame pleural, pensou-se que as modificações da área da figura geometrica sob a influencia dos decubitos lateraes seriam sinal certo de colecção liquida no interior da pleura. De facto, o encontro desta variabilidade da superficie do triangulo fala a favor de um pleuriz exsudativo ou de hidrotorax, porem a fixidez da área não constitue absolutamente elemento pro ou contra, porquanto — já dissemos atraz — os proprios derrames podem apresental-a quando são immoveis, graças á sua grande copia ou ao seu enquistamento.

Erronea deve ser a observação de Vignola, em que apresenta um pleuriz, a principio seroso e mais tarde purulento, com triangulo de Grocco no primeiro periodo e desaparecimento no segundo. Os factos de Miguel Couto e Araoz Alfaro, entre outros, mostram exuberantemente que a massicez triangular existe por igual nos empiemas e não é privativo dos derrames serosos.

Para alguns, o triangulo de Grocco existiria em condições fisiologicas; para Roch e Dufour em individuos saos, para Smithies em mulheres gravidas.

Dizem Roch e Dufour que encontraram, de cada lado da coluna vertebral, uma fita de massicez alargando-se na base; esta hipofonese, eles atribuem-na á presença dos musculos alojados nas goteiras vertebraes, e a sua maior extensão na zona inferior ligam-na ao espessamento progressivo, de cima para baixo, das massas musculares. Assim, pois, segundo estes observadores, o triangulo de Grocco nada mais seria do que esta faixa paravertebral, tornada unilateral mercê d'uma massicez toracica.

Entretanto, o parecer de Roch e Dufour não procede, porquanto são eles os primeiros a dizer que a delimitação da sua figura exige uma percussão demasiado atenta, que a submassicez é subtil, que os contornos são difusos e não nitidos e precisos. Demais, observadores cuidadosos e insuspeitos atestam que a massicez paravertebral é nitidamente triangular e não em forma de faixa.

Outros argumentos poderosos militam contra as ideas de Roch e Dufour. Si o triangulo de Grocco fosse um fenomeno fisiologico, não se compreenderia como a altura do seu apice varia consoante sobe ou abaixa o nivel da massicez do lado oposto. Si fosse um facto normal, não teria explicação a possivel variabilidade da sua área de acôrdo com os decubitos. Finalmente, si não fosse patologico, ficaria insolúvel a transformação do triangulo de massicez em identica figura geometrica de sonoridade no pneumotorax.

Na gravidez, Smithies teria deparado uma massicez semelhante á descrita por Grocco. Começaria na base direita, teria um apice na linha espondilea e iria terminar no lado esquerdo, com um bordo inferior maior que o do triangulo do professor de Florença. A sua causa estaria no deslocamento do figado para cima determinado pelo utero, e desaparecendo logo que este órgão exonerasse o seu conteúdo.

Numa tese do Rio de Janeiro, o Dr. Attila Torres mostra-se de acôrdo com Smithies a respeito da existencia da referida massicez, e diz que encontrou um triangulo isosceles de tal modo disposto que a linha espondilea representava a sua bissetriz; diz mais que o deparou somente no nono mez da gravidez e que o seu ápice sempre se mostrava ao nivel da setima vertebra dorsal.

O triangulo de Smithies, portanto, de acôrdo com a descrição do seu autor e com a de Attila Torres, é assás diferente do triangulo de Grocco. O primeiro é um triangulo isosceles, é mediano, a sua base toma as duas regiões paravertebraes, direita e esquerda, e possui uma bissetriz representada pela linha das apofises espinhosas. O segundo é um triangulo rectangulo, é lateral e não mediano, e a linha espondilea constitue o seu cateto perpendicular e não a bissetriz.

\*  
\* \*

Assim estudado o triangulo de Grocco, vejamos como interpretal-o, qual a sua exacta semiogenese.

Pensou-se que se o poderia explicar pela passagem do fundo de sacco paravertebral da pleura, o **recessus paravertebralis**, de um para o outro lado da columna raquiana, migração determinada pela presença do liquido no interior da cavidade da serosa. E' verdade que esta concepção pode elucidar a forma geometrica da massicez, porquanto o deslocamento seria mais acentuado nas partes inferiores, graças á pressão crescente, de cima para baixo, que o liquido exerce sôbre a pleura; é exacto que seria capaz de interpretar, pelo mesmo mecanismo, a formação de um triangulo timpanico paravertebral no pneumotorax. Mas o que esta theoria não aclara é a existencia do triangulo de Grocco em casos que absolutamente não trazem motivo para um recalçamento da serosa, como na pneumonia e no 'paquipleuriz. Alem de que, tal desvio não foi demonstrado por qualquer forma, nem tampouco recebeu a sanção da radiologia. Assim, pois, esta teoria deve ser posta de margem, como inaceitavel e como incapaz de explicar todos os factos.

Para Teissier, a massicez paravertebral seria devida a uma dilatação da auricula direita, por sua vez determinada por um embaraço na pequena circulação, por um disturbio hidraulico subsidiario de um derrame pleural ou de uma pneumonia. Conforme as suas ideas, o triangulo estaria sempre filiado ao aumento de volume deste reservatorio cardiaco, porém a causa immediata seria variavel con-

forme o sinal de Grocco fosse deste ou daquele lado. Si estivesse á direita, nada mais representaria senão a projecção plessica, pura e simples, da dilatação da atrio homolateral, emquanto que, si a sua séde fosse á esquerda, o factor proximo residira no intimo contacto entre a mesma auricula e o raquis, fazendo com que este vibrasse menos quando se realizasse a percussão.

Apezar de engenhosa, a teoria de Teissier não pôde ser aceita por numerosos motivos. Primeiramente, a massicez obtida pelo professor de Lyon possui quatro faces e não tres, e assim o quadrangulo de Teissier não é a triangulo de Grocco. Si este argumento poderoso não fosse convincente, bastaria atender a que a hipofonese de origem cardiaca posterior é muito menos acentuada que a atnente ao sinal de Grocco, que aquela fica situada muito acima, dentro de duas linhas, uma passando pela 5.a e outra pela 8.a vertebra dorsal, que não sofre variações de superficie conforme os decubitos, como é frequente na massicez triangular, e, por fim, que a hipotesis de Teissier é incapaz de esclarecer a formação do timpanismo paravertebral no pneumotorax.

A um espirito desprevenido parecerá exacta a teoria que interpreta o triangulo de Grocco como resultante de um desvio dos órgãos do mediastino, ocasionado pelos derrames pleurais, tanto mais que ela parece, á primeira vista, robustecida pelas experiencias de Baduel e Siciliano. Estes autores escolhiam cadaveres de individuos que nada apresentavam para o lado do aparelho respiratorio, e, com um soluto de gelatina a 15 %, praticavam uma injeção na cavidade abdominal, com o fito de obterem uma pressão identica á do vivo, e uma outra na pleura, com o intento de realizarem as condições de um derrame. Feito isto, á medida que a solução ia invadindo a cavidade pleural, percutiam a região paravertebral oposta e notavam a formação de um triangulo, cujo apice acompanhava o nivel da camada liquida, e cuja base, e portanto tambem a area, augmentava na proporção directa do derrame artificial. Após esta averiguação, praticavam uma janela na zona da massicez paravetrebral e constavam, pela inspecção e pela apalpação, o desvio dos órgãos do mediastino, de preferencia da aorta nos derrames á direita, com primazia do esofago na experiencia feita á esquerda. Não pararam aqui, e, para levarem o apuro ás suas experiencias, realizaram cortes transversaes do torax endurecido, obtendo resultados identicos, observando sempre a deslocação do mediastino.

Embora estes experimentos se revistam de uma apparencia de perfeição, defeitos se lhes podem arguir. Basta lembrar que a rigidez cadaverica cerceia a elasticidade das paredes e das visceras, e que a injeção de liquido no interior da cavidade abdominal recalca para cima a diafragma, condições estas que forçosamente fazem aumentar a pressão intra-pleural, de tal maneira excessiva que não encontra paridade manometrica em vida. Estas circumstancias são, portanto, de molde a provocar um desvio do mediastino e assim não admira que Baduel e Siciliano o deparassem em seus ensaios.

E' que, neste particular, as experiencias assim dirigidas não podem interpretar fielmente o que se passa no doente, o derrame artificial sendo instantaneo e violento em se formar, emquanto que o natural é moroso na sua constituição, dando tempo e azo a que se realize uma adaptação, uma acomodação do seu meio, do seu continente, por via de uma queda da tonacidade do diafragma e dos musculos intercostaes.

Mas, deixando mesmo de banda a critica dos experimentos basicos de Baduel e Siciliano, sobre que tem pedestal a teoria inter-

pretativa do triangulo de Grocco como sendo este a resultante de um desvio dos orgãos do mediastino, veremos que ella não responde a certas objecções. Em primeiro lugar de maneira alguma pode explicar o apparecimento da massicez triangular na pneumonia, no paquipleuriz, estados morbidos que em absoluto não podem causar um desvio do mediastino. De mais, a theoria é contradictoria, pois, si o derrame pleural deslocasse este compartimento toracico e trouxesse, por tal motivo, uma massicez de forma triangular, por que então o pneumo-torax, que seguramente o rechassa, não determina semelhante hipofonese, mas, pelo contrario, traz consigo um timpanismo paravertebral?

Como se vê, é esta mais uma theoria inadmissivel, e custa a crer como ainda seja aceita no Velho Continente.

Modalidade da precedente interpretação é a que foi aventada por Goldscheider, segundo a qual o triangulo seria devido a um desvio do mediastino, conjugado a uma atelectasia do tecido pulmonar visinho. Incide, portanto, na mesma critica.

Única rigorosa e capaz de resolver todas as questões atinentes ao triangulo de Grocco é, como veremos, a do Prof. Miguel Couto e Dr. Eduardo Rodrigues Alves.

Estes autores nacionaes tambem realizaram ensaios cadavericos, como Baduel e Siciliano, porem os seus experimentos são mais rigorosos, os artificios aproximam-se mais do que se passa em natureza, e, sobretudo, afastaram-se de produzir derrames violentos que alteram fundamentalmente as conclusões a se inferir.

Escolheram igualmente cadaveres de individuos que apresentassem integro o seu aparelho respiratorio, e neles produziam condições fisicas semelhantes ásqueellas em que é de observação o triangulo de Grocco.

Numa experiencia, após a abertura do torax, retirando sómente o esterno e a verificação, por meio da apalpação, de que não havia sinequias e que os orgãos do mediastino se encontravam na sua séde normal, introduziam panos enchareados de agua na cavidade pleural. Procedendo á percussão, encontravam, do lado da manobra, o som hidrico classico, e, da banda oposta, o triangulo de Grocco tipico. Por fim, abrindo largamente a caixa toracica, iam indagar si os orgãos do mediastino foram deslocados pela introducção dos panos molhados. Não encontraram o menor desvio. Releva notar que tudo isto foi praticado tanto no hemitorax direito como no esquerdo, sendo sempre os resultados identicos.

Outra experiencia consistia em injectar, muito lentamente, 3 litros de água pura na cavidade pleural, na altura do 4.º intercosto, o cadaver conservado sentado. A' medida que o liquido ia alagando a serosa, percutiam, na zona paravertebral oposta, e encontravam o triangulo de Grocco. Finalmente, na area desta figura geometrica, espetavam agulhas compridas, para se assegurarem si o mediastino fóra desviado, e, abrindo amplamente a arca toracica, averiguavam que todas ellas se encontravam encravadas no pulmão do lado oposto ao experimento, e que, portanto, nenhum dos orgãos deste compartimento se deslocára.

O Prof. Miguel Couto e Dr. Eduardo Rodrigues Alves baseam a sua theoria nestas experiencias e no facto, já classico, de que a sonoridade á percussão das vertebraes dorsais vae augmentando de cima para baixo, o mesmo succedendo — embora em menor escala — com a parede toracica posterior. Ora, si a sonoridade se incrementa de cima para baixa, é um corolario dizer-se que as vibrações

de qualquer som — massiço, claro ou timpanico — nascidas de um hemitorax, são com mais facilidade transmitidas ao outro á medida que se desce na coluna raquiana, e, portanto, vae aumentando a distancia até onde são percebidos.

Consoante a sua doutrina, as causas de massicez — derrames liquidos, pneumonia, paquipleuriz, etc. — **actuum dificultando as vibrações da coluna vertebral e da zona da parede toracica que lhe é immediata**, ou, em outros termos, **agem como abafadores de som**. No pneumotorax fenomeno inverso succede, e a cavidade pleural, repleta de ar, funciona como **caixa de resonancia**.

Assim, pois, o abafamento ou a caixa de resonancia explicam perfeitamente a formação, respectivamente, de uma massicez ou de um timpanismo paravertebral, emquanto que a sua forma triangular é de sobejo aclarada pela circumstancia do raquis e da porção visinha da arca toracica vibrarem, já em condições normaes, mais intensamente nas partes inferiores que nas superiores.

Em resumo, esta teoria nacional é a unica capaz de interpretar satisfatoriamente todos os factos atinentes ao triangulo de Grocco.

---

## Leucemia monocyfica<sup>(1)</sup>

Doutorando Ernesto de Souza  
Campos (interno de clinica medica)

Reschad e Schilling, pela primeira vez na litteratura hematologica, descreveram uma nova especie de leucemia a grandes mono-nucleares e fórmas de passagem — leucemia splenocytica.

Os autores, não obstante a sua competencia no assumpto, tiveram o cuidado de enviar preparados de sangue a Pappenheim e a Naegeli, os dois expoentes maximos da hematologia moderna.

Pappenheim estabeleceu o diagnostico de monocytose electiva, em grau muito elevado e Naegeli, o chefe dos neo-dualistas, verificando que o preparado continha quasi somente cellulas do typo das normaes fórmas de passagem. admittiu uma leucemia a fórmas de passagem.

Faremos um breve resumo da interessante syndrome.

**Symptomatologia e exame somatico.** — Individuo com 33 annos de idade, em estado de grande prostração e inappetencia, com febre, gengivite, forte rhinorrhagia, diarrhéa, manchas por todo o corpo.

O exame, demonstrou pallidez do rosto e das gengivas, que estavam em parte ulceradas e facilmente sangrentas, hemorragias cutaneas, especialmente nas côxas e no thorax, epistaxis, baço accesivel á palpação, temperatura 38°,6.

---

(1) Trabalho apresentado ao "Gremio dos Internos dos Hospitales".

**Exame de fundo de olho:** hemorragia.

**Exames de sangue.**

A. CONTAGEM TOTAL, por millimetro cubico:

- 1) Globulos vermelhos: 2.245.000, descendo mais tarde a uma cifra muito inferior.
- 2) Globulos brancos: 15.000, elevando-se mais tarde a 56.000.

B. CONTAGEM ESPECIFICA:

Polymorpho nucleares	{	neutrophilos . . . . .	15.4 %
		eosinophilos . . . . .	0 %
		basophilos . . . . .	0 %
Lymphocytos . . . . .			12.2 %
Monocytos (grande mono-nucleares e fórmas de passagem)			71.8 %
Myelocytos . . . . .			0.2 %
Fórmas irritativas . . . . .			0.4 %
			100.0

C. HEMOGLOBINA = 20 %.

Nove semanas depois, o doente falleceu em coma e foi praticada a necropsopia, cujo relatório está annexado ao trabalho.

\*  
\* \*

O professor Bingel, do Hospital de Braunschweig (Deutsche med. Woch.) observou um caso analogo ao de Reschad-Schilling e opina pela existencia de um terceiro typo de leucemia — a leucemia monocytica.

O doente de Bingel, apresentava um quadro clinico semelhante ao do doente de Reschad-Schilling e, fallecendo trinta dias depois, foi tambem praticada a necropsopia.

**Exames de sangue.**

A. CONTAGEM TOTAL, por millimetro cubico:

- 1) Globulos vermelhos — 2.500.000
- 2) Globulos brancos — 16.500



B. CONTAGEM ESPECIFICA:

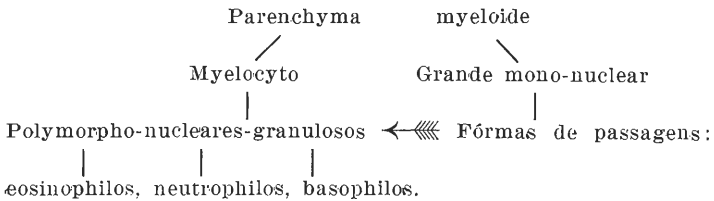
Polymorpho-nucleares	{ <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>neutrophilos</td> <td>. . .</td> <td>38.75 %</td> </tr> <tr> <td>eosinophilos</td> <td>. . .</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>basophilos</td> <td>. . .</td> <td>0 %</td> </tr> </table>	neutrophilos	. . .	38.75 %	eosinophilos	. . .	0 %	basophilos	. . .	0 %
		neutrophilos	. . .	38.75 %						
		eosinophilos	. . .	0 %						
basophilos	. . .	0 %								
Lymphocytos.	. . . . .	14.75 %								
Monocytos (grandes mono-nucleares e fôrmas de passagem)	. . . . .	44.25 %								
Plasmacellulas	. . . . .	2.25 %								
		100.00								

C. HEMOGLOBINA = 50 %.

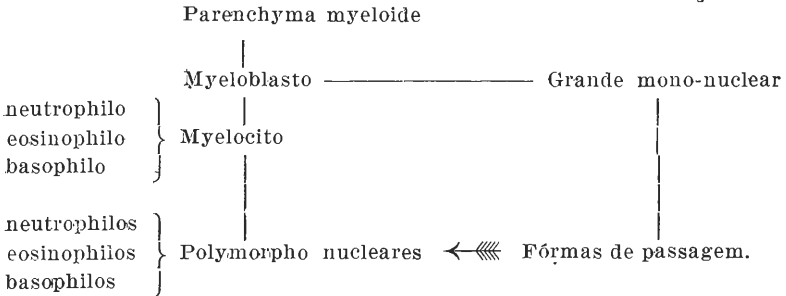
\*  
\* \*

A hemopathia recentemente constatada, apresenta um especial interesse, por isso que projecta um pouco de luz sobre a posição hierarchica do monocyto (grandes mono-nucleares e fôrmas de passagens) entre os elementos componentes do tecido circulante.

Os dualistas em perfeito accôrdo, quanto á dichotomisação do tecido hematopoetico em dois parenchymas distinctos, tanto funccional, como geneticamente, tanto em condições normaes, como em condições pathologicas (no que diz respeito á leucogenese post-fetal) — o parenchyma myeloide e o parenchyma lymphoide, não entraram ainda em entendimento sobre o parenchyma matriz dos grandes mono-nucleares e fôrmas de passagem, que para uns, é o tecido myeloide e para outros, o tecido lymphoide. A antiga theoria dualista determina para a matriz myeloide a seguinte derivação:



Naegeli, o chefe dos neo-dualistas, admite a mesma filiação:



Helly, sustentando com Erlich a derivação myelocytaria dos leucocytos granulados, é de opinião que o tecido lymphoide preside á genese dos grandes mono-nucleares e fôrmas de passagem, que elle denomina leucocytoides lymphocyticos.

Türch, dualista a seu modo, dá ao grande mononuclear a cathegoria de cellula independente, tanto dos leucocytos granulados, como dos lymphocytos, constituindo o que elle chama — terceira especie cellullar, referindo-se naturalmente aos elementos brancos do sangue.

Os antigos unicistas, classificavam os grandes mononucleares e as fôrmas de passagem, como cellulas não maduras, fazendo a transicção dos lymphocytos para os leucocytos polymorpho granulados.

Lymphocyto → Grandes mono-nucleares → Fôrmas de passagem → Leucocytos polymorpho granulados.

Os neo-monistas, reformando completamente a theoria, não mais admittem, em condições normaes, a existencia de cellulas não maduras, no sangue circulante.

Diz Pappenheinn:

“Não existem, no sangue normal, fôrmas de transição propriamente ditas, merecendo verdadeiramente esse nome.

No sangue normal do homem, encontram-se, umas ao lado das outras, fôrmas cellulares variadas, bem differentes, independentes e cujos estadios primordiaes particulares se encontram fóra do sangue, nos tecidos fixos.”

Ferrata synthetisa em dois principios a doutrina de Pappenheim e declara estar de accôrdo com elles.

I “Todas as cellulas do sangue circulante, em condições normaes, são cellulas maduras, capazes sómente de leves modificações morphologicas em relação á sua idade e funcção, incapazes de ulterior differenciamento especifico.

II Todas as cellulas do sangue, leucocytos e erythrocytos, derivam de uma unica cellula original, primordial, indifferente, a typo lymphoide, que morphologicamente corresponde ao myeloblasto e ao lymphoblasto dos dualistas, situada indifferentemente em todos os órgãos hematopoeticos”

Pappenheinn chama lymphoidocyto a cellula original e Ferrata, hemocytoblasto.

Ferrata não está porém, inteiramente de accôrdo com Pappenheinn sobre a derivação dos grandes mononucleares e fôrmas de passagem (monocytos), que elle reune aos lymphocytos, formando uma unica familia derivada do hemocytoblasto, por intermedio de uma cellula que elle duvidosamente chama de lymphoblasto.





Portanto, os actuaes conhecimentos sobre a leucogenese post fetal, a estatica e a pathologia do sangue, permitem seja conferida ao monocyto a cathogoria de terceira especie de cellula branca, madura, independente e da mesma hierarchia dos leucocyto polymorpho granuloso e dos lymphocyto.

---

## Clinica Obstetrica

(Notas de aula pratica)

Dr. Raul Briquet. (assistente de clinica obstetrica)

As notas, cuja publicação hoje iniciamos, têm por exclusivo objecto orientar os srs. alumnos na technica dos exercicios tocomaticos.

Na pratica segura das intervenções obstetricas importa, antes de mais, o conhecimento dos phenomenos do trabalho, em especial, do mecanismo do parto.

Este, em essencia, reduz-se a um problema de dinamica. Já em 1753, dizia Levret que "o trabalho de parto é uma operação natural, verdadeiramente mecanica, susceptivel de uma demonstração geometrica"

Tres são os seus factores: 1.º a potencia (contração uterina, e, subsidiariamente, a do diaphragma e a dos musculos da parede antero-lateral do abdome); 2.º o canal; 3.º o movel (fêto e annexos).

Só trataremos dos dois ultimos, pois que o exame do 1.º melhor se fará na assistencia ao parto, em que será realizado sob o ponto de vista clinico e experimental.

### Bacia (factor do trabalho)

Assim se designou a cavidade circumscripta pela columna sacrocócica atrás, pelo iliacos, adeante e aos lados. Recordava aos antigos, pela conformação, o prato ou bacia de que se serviam os barbeiros.

E' grande ou pequena, conforme assestada acima ou abaixo do estreito superior.

Aos obstetras a grande bacia é de pequeno interesse.

A pequena bacia ou pelve obstetrica é formada por dois segmentos sobrepostos: um, osseo, revestido de paredes molles — **bacia obstetrica** propriamente, ou **escavação**; outro, fibro-muscular, **infundibulo perineo-vulvar**, **bacia molle** ou **dilatavel**, de alguns autores.

### Bacia obstetrica ou escavação

E' limitada, em cima, pelo estreito superior, (que a isola da grande bacia), e, em baixo, pelo inferior. Estrictamente, o seu limite superior é o plano transverso-pubico de Fochier, (borda su-

perior da symphyse e 2.<sup>a</sup> sacra, ou, segundo outros, o plano terminal de Forrierp, que passa pelas linhas innominadas ou terminaes.

O parteiro precisa saber daquelles planos do canal pelvi-genital que possam, pela sua maior proeminencia na cavidade da bacia, restringir-lhes os diametros.

Acceito este ponto de vista, perde de importancia o estreito superior anatomico, cujos pontos constituintes são: borda superior da symphyse púbica, borda superior do ramo horizontal do pube, linha innominada, borda anterior da asa do sacro, e a do angulo sacro-vertebral. Elle não corresponde, com effeito, á angustia dimensória separativa da grande e pequena bacia, nem tampouco as suas diversas regiões anatomicas residem em um e mesmo plano.

Clinicamente, o estreito superior é representado pela **angustia superior** de Demelin, a qual toca os pontos mais salientes das symphyses sacro-iliacas e a borda posterior das gotteiras obturadoras.

Tem a fórma de um coração de cartá de jogar, nelle predominando os diametros transversos.

O **estreito inferior** vae do sob-pube, borda inferior dos ramos ischio-pubicos, face interna das tuberosidades ischiaticas, ligamentos sacro-sciaticos á extremidade do cócix.

Neste, o maior diametro é o antero-posterior, de feição que, de cima a baixo, do estreito superior ao inferior, os diametros transversos se vão reduzindo, enquanto os antero-posteriores crescem em tamanho.

No dispositivo do E. S., convem pôr em relevo a **arcada púbica**, delimitada pelo ligamento arqueado e pelos ramos ischio-pubicos. E' triangular e accusa, em regra, 8 cts. de altura por 11 de base.

A pratica preceitúa: quanto mais alta a symphyse mais se recalcará o perineo, e mais frequentes se farão as dilacerações. Quanto mais larga a arcada púbica, tanto mais garantido se achará o perineo.

**Parede.** A escavação é conformada: adeante, pela symphyse púbica, superficie angular dos pubes e ramos ischio-pubicos; atrás, pela face anterior do sacro e do cocix, symphyses sacro-iliacas e articulações sacro-cócica e medio-cócica; lateralmente, pela ch-nfradura sciatica, fundo do cótylo, face interna das tuberosidades ischiaticas e orificios ischio-pubicos.

As paredes lateraes da escavação, (cuja altura é de 9-10 cts.), são ligeiramente inclinadas de cima para baixo e de fóra para dentro. Foram divididas em duas metades, anterior e posterior, por uma linha que passaria pela base das espinhas sciaticas. Essas zonas têm o nome de **planos inclinados**; seu valor será apontado ao tratarmos do mecanismo do parto.

**Estreito médio.** A superficie endo-pelvica da escavação offerece, ao nível das espinhas sciaticas, uma estenose que mereceu, de certos autores, o nome de **estreito médio**. Formam-no: a ponta do sacro, a apophyse transversa da 5.<sup>a</sup> sacra, a borda do pequeno ligamento sacro-sciatico, a espinha sciatica e a linha que se prolonga desta ultima á união do  $\frac{1}{3}$  inferior com o  $\frac{1}{3}$  médio da face posterior da symphyse púbica.

O estreito medio separa a bacia ossea da molle, e, em seu contorno, processam-se as inserções do diaphragma pelvico.

**Altura.** A altura da pequena bacia é: adeante (symphyse publica) de 4  $\frac{1}{2}$  cts., embora Demelin affirme que a media nunca é superior a 38 mms.; atrás (concavidade sacro-cócica) 14-15 cts.; late-

ralmente (da linha innominada á borda inferior da tuberosidade ishiatica), 9-10 cts.

Pela inflexibilidade topographica que possui, a bacia ossea, como o diz Magalhães, é que mais caracteriza a mecanica da parturição.

**Segmento perineo-vulvar.** Accrescentado ao E. I., e mantendo a continuidade do canal pelvi-genital, encontra-se o **infundibulo vaginalo-perineo-vulvar** ou, simplesmente, **perineo-vulvar**.

Afunilado, tem este segmento a sua entrada constituida pelas inserções do elevador coci-perineal, unidade muscular resultante da fusão do ischio-cócico, atrás, com o elevador do anus, adeante.

Funciona qual **diaphragma** ou **soalho pelvico**; é muscular, convexo em sua face inferior, possuindo, adeante e na linha mediana, uma fenda, por onde transitam a uretra, a vagina e o recto.

Esta brecha é o orificio **pubo-pre-anal** ou **retro-vulvar**. Farabeuf e Varnier dão-lhe o nome de pubo-cócico, denominação que, ao ver de Devraigne e Descomps, é inadmissivel, visto não existir tal fenda na especie humana, ou sequer nos anthropoides. Com o surto da attitude erecta, do encurtamento e da parada evolutiva do segmento caudal da columna vertebral, escrevem elles, os musculos flexores da cauda se atrophiam e soldam-se atrás do anus, formam o raphe ano-cócico, reforçam o esphincter externo do anus e sustêm as visceras pelvicas.

Ao diaphragma pelvico muscular annexa-se outro — **diaphragma accessorio** ou **uro-genital**, áquelle sotoposto, se olharmos a bacia de baixo para cima. E' este novo systema constituido pelos seguintes musculos: esphincter externo da uretra, transverso profundo do perineo, bolbo-cavernoso, constrictor da vagina, ischio-cavernoso e esphincter externo do anus.

O diaphragma pelvico tem duas faces: **anterior** ou **sob-pública**, e **perineal** ou **posterior**. Esta é a mais importante; da articulação sacro-cócica attinge a commissura posterior da vagina, e, de tal modo se mostra extensivel, que pôde exceder 15 cts. de comprimento.

Por fim, o **anel vulvar** é a quarta angustia que se depara no tracto pelvi-genital.

**Linha de progressão.** Ao percorrer o canal pelvi-genital, o fêto descreve uma trajectoria, determinada pela serie de pontos que unem o centro dos successivos planos do canal.

Chamam-lhe **eixo da bacia**. A impropriedade da expressão resalta. dil-o Demelin, se attentarmos a que, no caso, nada existe que, sob o aspecto geometrico ou mecanico, recorde a recta em torno da qual gira um plano para crear um solido ou uma superficie, ou aquella linha mathematica, virtual, em derredor da qual se verifica um movimento.

Mais acertado é denominal-a **linha de direcção** ou de **progressão**.

Até ás provas experimentaes e demolidoras de Fabbri, Boissard, Hodge, admittiam os parteiros a curva de Carus (arco de circulo de concavidade anterior, indo do E. S. ao anel vulvar, como representativa do caminho seguido pelo fêto em sua passagem através do conducto utero-vaginal.

Boissard figurava a linha de progressão por duas rectas; uma, **linha de insinuação** ou de **descida**; outra, de **desprendimento**, ambas formando um angulo de grande abertura anterior.

Para Hodge, a linha de direcção é composta de duas rectas unidas por ligeira linha curva. Esta é a licção de Devraigne e Descomps (pag. 22 do Trat. de Bar, Brindeau, Chambrelet 1.º vol 1914).

Não coincide, entretanto, com o ensinamento de Lee (pg. 166 do seu tratado, de 1913), e cuja exposição julgamos mais consentanea com as demonstrações do illustre obstetra de Philadelphia.

Assim se exprime Lee: "A study of the parturient canal will show that it runs straight down until it reaches the narrow pelvic plane or the third parallel of Hodge, then bends forward in a sharp curve whose is the symphyse pubis. If the passage uses the space under the arch of the pubis, the bend in it is quite sharp. If the arch of the pubis is narrow, or if the fetal head is very large, the occiput stems on the ramis pubis, forcing the pelvic floor further back toward the sacrum, making a more obtuse angle in the parturient canal. The axis of the parturient canal is, therefore, not a curve (the curve of Carus), but a straight line with a bend at the pelvic floor and a curve."

Assim posto o assumpto, a concepção de Sellheim e, em regra, a dos allemães, é a mesma do parteiro americano. A linha de progressão é constituída por duas linhas: a primeira, recta, de **descida** corresponde ao cylindro superior (borda superior á inferior da symphyse publica); a segunda, curva, de **desprendimento**, com a concavidade voltada ao sob-pube.

De um modo geral, a linha de direcção traduz os contactos successivos da parte fetal com o arco anterior da bacia. Não se juxtapõe á linha central da escavação, mas passa um pouco adiante. Conforme o maior ou menor volume da cabeça, ella se achará mais ou menos distante da symphyse publica.

Demelin cuidou com attenção deste ponto.

Theoricamente, a linha de insinuação dista 5 cts. da face posterior da symphyse publica; quando a parturiente está deitada, é quasi vertical, em seguida inflecte-se, torna-se horizontal, rectificando-se para cima, por fim. Muitas vezes, excéntrica, está mais chegada de de uma ou outra parede lateral, aproximando-se, em baixo, do plano mediano antero-posterior da bacia.

A linha de desprendimento occupa este ultimo plano; é curvilinear, de concavidade a principio superior, em seguida, postero-superior.

Na parturiente, em decubito dorsal, ao iniciar-se a insinuação, a linha de direcção é obliqua de cima para baixo, e de trás para deante, muito mais proxima da vertical que da horizontal.

A' medida que se opera a descida, a linha de progressão relaciona-se com a horizontal, em a qual se funde, logo que a região fetal transponha a arcada publica. Por fim, o perineo reage e imprime á linha de direcção novo impulso que, de baixo para cima e de trás para deante, irá conduzi-la á vertical.

Topographicamente, o segmento perineo-vulvar representa a linha de desprendimento, e a bacia ossea, a de insinuação, ou de progressão.

O feto, em sua expulsão utero-vaginal, percorre o **diaphragma cervico-segmentario**, no periodo de dilatação, isto é, a linha de insinuação ou de descida, e o **cóci-perineal**, na expulsiva, e, portanto, a de desprendimento.

Cumpre conhecer a direcção seguida pelo feto em seu eixo do conducto genital, afim de acompanhar-se o parto e praticar-se, seguindo-a, as necessarias operações extractivas.

**Linha central da escavação.** E' aquella que passa pelo plano sagital da escáva, a igual distancia da face posterior da symphyse e anterior da columna sacro-cócica.

Revela a direcção da pequena bacia, e ha quem lhe chame eixo da bacia.



E' sempre unica e immutavel, ao passo que a linha de direcção varia com as circumstancias eventuaes.

**Diametros.** Não cogitaremos dos diametros da grande bacia, com que se pretende determinar, indirectamente, o valor dos do E. S., nem do losango de Michaelis, cujo estudo melhor se enquadra na pelvimetria.

### Estreito Superior

#### Antero-posteriores.

- C. A. (conjugado anatomico) ou P Supra P. (promonto-supra-pubico). Do promontorio á borda superior da symphyse publica = 11 cts.
- C. V. (conjugado verdadeiro) ou P. P M. (promonto-pubico minimo), diametro **util de Pinard**, ou C. Obs. (conjugado obstétrico). Do promontorio ao ponto retro-pubico, isto é, ao ponto de **Crouzat**, que fica 5 mms. abaixo da borda superior da symphyse publica = 10  $\frac{1}{2}$  cts. (francêses); os allemães, em geral, dão-lhe 11 cts.
- C. D. (conjugado diagonal) C. Obl. (conjugado obliquo); P Sob P (promonto-sob-pubico). Do promontorio ao ligamento arqueado. Não é propriamente diametro cujo tamanho seja mister conhecido; é, porém, um auxiliar, graças ao qual se determinam as dimensões do C. V. Mede 12 cts. Delle subtrahese, em média, 1  $\frac{1}{2}$  ct. para avaliar-se o C. V.

**Obliquos.** São aquelles que maior praticabilidade proporcionam á cabeça do fêto.

Vão da eminencia ileo-pectinea á symphyse sacro-iliaca do lado opposto. Distinguem-se em **esquerdo** e **direito**. Para os francêses, esquerdo é o que parte da eminencia ileo-pectinea esquerda; direito, o que tem como ponto de inicio a direita. Para os allemães, é o inverso: o ponto de partida é a symphyse sacro-iliaca.

Afim de dissipar a confusão que produz tal desacôrdo, Bar suggeriu, em 1902, no Congresso de Roma, que se denominasse de 1.º obliquo ao esquerdo, e de 2.º obliquo ao direito, baseando-se no criterio clinico da maior frequencia de posições no diametro obliquo esquerdo (O. E. A. — 60 %; O. D. P. — 30 %). O diametro obliquo esquerdo mediria 127 mms.; explicando-se dest'arte o maior numero de apresentações em O. E. A. e O. D. P.

Auvard emprega as designações de **cocal erectal** para os diametros obliquos esquerdo e direito, porque indicam, respectivamente, a direcção do ceco e a do recto.

#### Transversos

**Tr. Cl.** Transverso medio, util ou clinico, comprehendido dentro de pontos equidistantes do promontorio e symphyse publica. Mede 12,8 cts. Casos ha em que é utilizado pela cabeça fetal.

**Tr. max.** Transverso maximo, bis-iliaco ou anatomico. De um a outro ponto mais distante da linha innominada. Mede 13  $\frac{1}{2}$  cts. Impraticavel, por se achar muito proximo do promontorio.

**Tr. Kehrer.** Transverso de Kehrer ou inter-ileo-pectineo. Vae de uma a outra eminencia ileo-pectinea. E' igual a 12 cts.

Inaproveitavel, porque está muito junto á symphyse pública.

O conhecimento da dimensão do transverso anatomico e da do de

Kehrer é precioso, quando se tenha de formular o prognostico do parto em bacias viciadas.

**S. Cot.** Sacro-cotyloide de Velpeau. Quasi perpendicular aos obliquos. Corre do promontorio ao ponto que corresponde ao vertice do côtylo; mede 9 cts. É interessante, mórmente, na mecanica do parto, em bacias coxalgicas.

**Pr. Pect.** Promonto-pectineo ou microcorda. Do angulo sacro-vertebral á saliência ileo-pectinea. Vale 9 a 9,5. Calculam-se-lhe as dimensões pela pelvigraphia. Informa da symetria da bacia e da capacidade das respectivas metades lateraes.

**Arco anterior.** Fochier denominou arco anterior ao semi-anel pelvico do E. S., que fica adiante do diametro transverso medio. Tem um raio de 6 a 6  $\frac{1}{2}$  cts.

A cabeça fetal sempre se põe em relação com o arco anterior.

Pelas noções que pôde ministrar, elle denuncia o valor dos diametros transversos, cuja apreciação é excellente subsidio ao estabelecer-se o prognostico do parto.

É, portanto, de summo interesse determinar a relação do arco anterior com o diametro transverso mediano.

Graças a essa relação e ao C. V., pôde-se classificar as bacias, sob o ponto de vista clinico, do modo seguinte:

Arco anterior normal, promonto-pubico minimo conservado = Bacia normal.

Arco anterior, fraca curvatura, C. V. reduzido = Bacia achatada.

Arco anterior, fraca curvatura, C. V. superior a 9 cts. = Bacia geralmente estreitada.

Arco anterior, fraca curvatura, C. V. abaixo de 9 cts. = bacia achatada e geralmente estreitada.

Arco anterior asymetrico, promontorio fóra do plano sagital do corpo = Bacia asymetrica.

Durante o parto, o arco anterior submete a cabeça a uma posição e attitude que lhe vem trazer ao contacto a circumferencia cephalica que melhor adaptada se lhe mostra á forma; inversamente, a posição e attitude da cabeça fetal autorizam diagnosticar a conformação do arco anterior. D'ahi:

Posição transversa, attitude indifferente ou intermediaria, = arco anterior de fraca curvatura, bacia achatada.

Posição obliqua, flexão simples, arco anterior de curvatura normal, bacia normal.

Posição transversa, flexão forçada, = arco anterior de forte curvatura, bacia achatada e geralmente estreitada.

Posição obliqua, flexão forçada = arco anterior de forte curvatura, bacia geralmente estreitada.

Posição antero-posterior, = arco anterior de forte curvatura, bacia transversalmente estreitada. Muitas vezes, os phenomenos plasticos, calcados no craneo do recém-nascido, vêm notificar o parteiro da fórmula do arco anterior.

### Escavação

**Antero posteriores.**

**m. S. m. P.** (meio sacro meio pubico). Do meio da face anterior do sacro ao meio da face posterior da symphyse publica. Vale 12 cts.

**S. Sob. P.** Tem 11  $\frac{1}{2}$  a 12 cts.

**Transverso.**

**Bi. Sc.** (Bi-sciatico). Entre as espinhas sciaticas = 10,8.

**Obliquo** (centro do buraco ischio-pubico á borda do pequeno ligamento sacro-sciatico), = 11 cts.

Os diâmetros da escavação não medem indifferentemente 12 cts. como affirmam alguns autores. Reduzem-se, pela interposição de tecidos molles, de 3 a 5 mms. no algarismo colhido em bacia secca.

#### Estreito inferior.

**Antero-posterior. C. Sob. P.** (coci-sob-púbico) ou **conjugata exitus**. Da extremidade do cocix ao sob-pube. Mede 8,5 a 9 cts., podendo alcançar, pela retropulsão do cocix, até 11 cts.

**Transverso. B. Isch.** (Bi-Ischiatico). Da parte media da face interna de um a outro ischio; soffre redução pela presença dos obturadores e da gordura ischio-rectal. Mede 11 cts.

**Obliquo.** Do meio do pequeno ligamento sacro-sciatico ao meio do ramo ischio-pubico. Tem 11 cts.

Ha ainda a considerar o **esteno corda anterior** de Von Ritgen, (sciatico-sob-pubico), que vae da espinha sciatica á borda inferior da symphyse. E' de muito apreço no que respeita á symetria do E. I.

#### Diametros da bacia (resumo)

##### Estreito superior

Ant.-posteriores	{	C. A.	11	cts.
		C. V.	10	½ cts.
		C. D.	12	cts.
Transversos	{	Maximo	13	½ cts
		Medio	12,8	cts
		Kehrer	12	
Obliquos	{	Esq. e dir.	12	cts.
		Velpeau	9	cts
		Pr. Pect. ou microcorda	9 a 9,5	

##### Escavação

Ant.-posteriores	}	m. S. m. P. —	12	cts.
		S. Sob. P —	11 ½ a 12	cts.
Transverso (bi-sciatico)			10,8	
Obliquos			11	cts.

##### Estreito Inferior

Transverso (B. Isch.)	11	cts
Obliquos	11	cts
Antero-posterior — C. Sob. P.	8,5 a 11	cts.

**Inclinação.** Inclinação pelvica é o angulo formado pelo C. V., ou plano do E. S., com a horizontal.

Em attitude erecta, a inclinação do E. S., é de 60.°, e a do E. I. de 10.°, os angulos respectivamente abertos para baixo e para cima.

A inclinação da bacia varia com a maior ou menor tensão dos ligamentos ileo-femoraes.

A' vista das diversas oscillações, consecutivas ás differentes posições assumida pelo corpo, e attendendo a que a rotação do sacro em torno a seu eixo transverso (centro da 3.<sup>a</sup> sacra), além de ser mais ou menos immovel, influencia muito o phenomeno, Meyer lembrou o conjugado superior da symphyse; mede 30.", e suas variações não ultrapassam 5."

Praticamente, sabe-se que a inclinação pelvica é normal quando a secção do acetábulo é francamente vertical, ou quando a espinha iliaca antero-posterior e o pube estão em um plano vertical.

Deve-se ainda indagar do angulo creado pela face posterior da symphyse com o C. V. Mede 90°-100°, porém, varia consoante á fórma, altura e inclinação symphysiaria.

Consignemos, por fim, o angulo sacro-vertebral, de abertura posterior igual a 120° e que, no decubito dorsal, indica de quanto é a lordose lombar.

**Planos.** Para referir as relações entre o feto e os diversos pontos do canal pelvi-genital, conceberam-se planos ou circumferencias tocando zonas determinadas. Serão tantos quantos os pontos por onde tiverem de passar.

Entre outros, merecem especial attenção aquelles descriptos por Hodge, de Philadelphia, em 1865, e segundo os quaes fica demonstrado que o feto, em seu exito do organismo materno, transpõe quatro planos, entre si parallelos.

1.º Passa pelo estreito superior.

2.º De todos o mais importante. Interessa atrás, o meio da 2.<sup>a</sup> vertebra sacra; adeante, a borda inferior da symphyse publica. Chamado, em geral, plano de Hodge, é circular e o mais espaçoso. Passa abaixo dos psoas-iliacos e acima dos pyramidaes, compromettendo apenas as fibras elevadas dos obturadores internos.

3.º Córta as espinhas sciaticas; adeante os ischios e, atrás, a 5.<sup>a</sup> vertebra sacra.

4.º Passa pela sob-pube e extremidade cocigea.

**Movimentos da bacia.** A embebição gravídica amplia, sobremodo, o jogo das articulações pelvicas e a distensibilidade dos ligamentos sacro-sciaticos.

A clinica aproveita-se desse estado particular para augmentar, conforme as circumstancias, este ou aquelle diametro do E. S. ou do E. I.

O parteiro recorre a tres posições obstetricas especiaes, estabelecidas nos movimentos do sacro.

**1.<sup>a</sup> Posição de Crouzat-Walcher.** Accresce o C. V. de 8 a 15 mms. (Dührssen, Fothergill, Küstner), graças á contra-nutação sacra. A parturiente fica com os membros inferiores em hyperextensão, pendentes, repousando a região sacra sobre a borda de um plano. Favorece a insinuação. Esta posição é mais louvada pelos allemães que pelos francêses; estes, taes como Bar, Varnier, Bonnaire, Bulé, não a julgam capaz de engrandecer o C. V. além de 3 ½ mms.

O crescimento dimensório se verifica por exagerar-se a lordose lombar e, particularmente, abaixar-se o arco anterior traccionado pelos membros inferiores. Este abaixamento é consecutivo ao basculo dos iliacos sobre o sacro immobilizado.

Sua melhor indicação observa-se nas applicações de fórcepe, maxime em cabeça ultima, quando esta occupar a escavação.

**2. Posição de Laborie-Duncan.** Amplifica o B. Isch. de 16 a 18 mms. Aqui, age a nutação. A mulher conserva-se na posição de

talha, com os seus membros inferiores em hyperflexão, as coxas em flexão sobre a bacia, e as pernas sobre as coxas.

E' a posição chamada **joelhos em frente ás espaduas**.

A mencionada nutação sacra promove a rotação para dentro das asas iliacas, e a rotação para fóra das tuberosidades ischiaticas.

Sua indicação electiva reside:

1.º Nas apresentações de frente, quando a cabeça é deficientemente reductivel na parte inferior da escavação, e quando ella procura transpor o E. S., segundo o diametro bi-ischiatico.

2.º Nas bacias cyphoticas, quer o parto seja espontaneo, quer intervencionista.

**3.ª Posição de Devraigne e Descomps.** Promove o augmento do B. Isch. A parturiente conserva a posição de talha, desdobrando as pernas; a attitude é analoga á do feto em apresentação pelvica, modo de nadegas. Obtem-se, dess'arte, a tensão dos musculos seguintes, adductores e posteriores da coxa, que se inserem na perna: recto interno, semi-membranoso, semi-tendinoso e biceps. Em contracção, elles exeutam um maximo de tracção sobre cada ramo ischio-pubico, onde ficam as suas inserções superiores. Uma ligeira abducção das coxas, de mais ou menos 45º, põe em relaxamento os grandes gluteos.

As parturientes, instinctivamente, no decurso do parto, variam a attitude do corpo, conforme o periodo do trabalho.

Durante a dilatação, isto é, quando a cabeça fetal ainda apoia sobre o estreito superior, ella se mantem de pé, sentada ou em decubito dorsal, em extensão que não fatigue (posição de Cruzat-Walcher).

Na expulsão, tendo a cabeça percorrido a escavação e chegando á vagina, a parturiente dobra e eleva as pernas, inclina para deante o tronco e provoca, por esse mecanismo, modificações pelvicas que facilitem a descida do feto (posição de Laborie-Duncan).

O facto é tanto mais significativo por saber-se que a propulsão do corpo produz o afastamento da ponta do sacro e, como consequencia, o augmento do estreito inferior.

**Factor ethnico.** A frequencia de gestantes, originarias da raça africana, manda que se considere a influencia do factor ethnico sobre o feitiço da bacia, e, ergo, sobre a marcha do trabalho.

Em 1904, Riggs, de Baltimore, chegou a conclusões que podem ser subscriptas pela Maternidade de S. Paulo.

As angustias da bacia ossea são mais encontradiças em pretas que em brancas, na proporção de 34 %, para aquellas, e 9 % para estas. No entretanto, pratica-se maior numero de intervenções nas brancas, porque, nas pretas, a cabeça fetal é menos volumosa e gosa de maior compressibilidade.

A bacia de negra é mais estreita e parece mais profunda.

O filho de branca mede mais 1 ½ ct. e pesa mais 200 grs. que o da preta.

A frequencia das apresentações cephalicas é relativamente maior nas negras.

Ao juizo de Tarnier, o diametro obliquo do estreito superior, na raça negra e mongolica, differe do transverso apenas de alguns milímetros, ao passo que, na aryana, a divergencia é de centimetro e meio.

Lazary, no Registro da Maternidade do Rio, (n. 14-1916), esmiuçando os ensinamentos de 939 casos obstetricos, verificou que a pelvimetria de bacias anómalas, dava, segundo a côr das mulheres, as seguintes percentagens:

Branças:	Pardas:	Pretas:
15,245 %;	18,022 %;	23,032 %.

Esses algarismos corroboram o nosso asserto.

Para concluir, assignalemos a documentação numerica com que o Dr. Clovis Corrêa da Costa, em seu trabalho — **Rupturas do perineo — Influencia ethnica** (Archivos Brasileiros de Medicina. Dezembro, 1917), corrobora a observação quotidiana de que o perineo de preta é mais roturavel que o da parda, e o desta mais que o de branca.

Os algarismos referem-se á Maternidade do Rio.

Pretas:	Pardas:	Branças:
Iparas: 54,3 %;	40,8 %	34 %
Multiparas: 9,5 %;	6,97 %	461 %

## Boletim do Gremio dos Internos dos Hospitaes

Em 10 de abril p. p., foi fundado o "Gremio dos Internos dos Hospitaes" da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, tendo-se a 1.ª sessão realizado na séde do Centro Academico "Oswaldo Cruz", cedida pelo seu presidente.

Lançadas as bases da novel agremiação, foi, desde logo, nomeada uma commissão encarregada de elaborar os Estatutos sociaes, e composta pelos Srs. Souza Campos, Toledo Mello, Flaminio Favero, Romeu da Silveira e Benjamin Reis.

A segunda sessão do "Gremio dos Internos" teve lugar no dia 17 de abril, na séde da Sociedade de Medicina e Cirurgia, gentilmente cedida pela directoria.

Por essa occasião, foram discutidos os Estatutos elaborados e eleita a 1.ª directoria que deve dirigir os destinos do Gremio no periodo 1918-1919, ficando assim constituida: presidente, doutorando José de Toledo Mello; vice-presidente, quintannista Ernesto Moreira; 1.º secretario, doutorando Flaminio Favero; 2.º secretario, quintannista Joaquim Queiroz e thesoureiro, doutorando Simeão dos Santos Bomfim.

Na 3.ª sessão preparatoria, realisada no dia 27 de abril, na séde da Sociedade de Medicina, foram approvados os Estatutos sociaes, tendo sido, então, perfeitamente estabelecidos os fins da associação, e que se resumem no seguinte:

"Celebrar sessões em que sejam estudados e discutidos assumptos que dizem respeito ás disciplinas professadas nos cursos da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo; publicar, na "Revista de "Medicina", os trabalhos dos socios; defender os interesses dos seus associados, dentro da sua alçada; promover conferencias

essencialmente populares, sobre a prophylaxia e cura da syphilis, doenças venereas e outras doenças infectuosas, bem como sobre hygiene em geral; promover, quando fôr possível, a criação de um dispensario para tratamento da syphilis e doenças venereas, de pessoas pobres“

Para a realização dos seus fins, o “Gremio dos Internos“ encontrou logo o mais franco e valioso apoio da Directoria Geral do Serviço Sanitario, do Director da Faculdade de Medicina, da Directoria da Sociedade de Medicina, do Presidente do Centro Academico “Oswaldo Cruz“, da Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericordia e do Director do Instituto Bacteriologico.

O Gremio foi solememente instalado, no salão nobre da Santa Casa, no dia 3 de maio, em sessão á qual compareceram o Sr. Dr. A. Vieira de Carvalho, director da Faculdade de Medicina, o Sr. Dr. Ovidio Pires de Campos, presidente da Sociedade de Medicina, o Sr. Comm. Alberto da Silva e Souza, mordomo da Santa Casa, o Sr. Dr. Theodoro Bayma, director do Instituto Bacteriologico, o Sr. Dr. Ernesto de Souza Campos, presidente do Centro Academico “Oswaldo Cruz“, grande número de representantes do corpo docente e discente da Faculdade e da classe medica desta capital.

Assumiu a presidencia da sessão o Sr. Dr. A. Vieira de Carvalho que não poupou elogios e applausos aos seus alumnos que dão mostras de tão bem saber pugnar pelo bom nome e prestigio da jovem Faculdade paulista, comprehendendo perfeitamente os seus deveres de estudiosos.

Depois de empossar a 1ª directoria eleita, o Sr. Dr. A. Vieira de Carvalho deu a palavra ao doutorando Toledo Mello que expoz os fins do Gremio e estabeleceu o seu programma de administração.

Em seguida, o secretario leu uma proposta indicando para presidente e vice-presidente honorarios do Gremio os Drs. Profs. A. Vieira de Carvalho, director, e Ovidio Pires de Campos, vice-director da Faculdade de Medicina. A proposta foi aceita por acclamação.

Antes de encerrar a sessão, o Sr. Dr. A. Vieira de Carvalho, em breve allocução, felicitou os seus alumnos pela instalação do Gremio, e concitou-os ao trabalho perseverante e honrado.

---

A 1.ª sessão ordinaria do Gremio realisou-se no dia 6 de maio, ás 19 1/2 horas, na sede da Sociedade de Medicina, sob a presidencia do Sr. Toledo Mello, secretariado pelo Sr. Flaminio Favero e com a presença dos socios Srs. Souza Campos, Sebastião Calazans, Toledo Piza, Castro Simões, Floriano Bayma, Bento Theobaldo Ferraz, Arnaldo de Campos, Simeão Bomfim, Altino Antunes, D. Odette Antunes, D. Delia Ferraz, Gumercindo Godoy, Carvalho Franco, Renato Moraes, Franklin M. Campos, Romeu da Silveira, Britto Pereira, Menotti Sainati, Joaquim Queiroz e os academicos Anthero Galvão, Ibrahim Madeira e C. Simões, além de numerosas outras pessoas.

No expediente foi lida uma carta do Sr. Dr. Theodoro Bayma director do Instituto Bacteriologico, que poz á disposiçãõ dos doutorandos da Faculdade a bibliotheca daquelle estabelecimento.

Passando-se á ordem do dia, o Sr. Presidente deu a palavra ao Sr. Souza Campos, que leu o seu trabalho sobre "a influencia do neosalvarsan na hemopoese": depois de fazer varias considerações sobre os arsenicaes mineraes e em combinação organica, o orador apoiado em numerosas observações pessoaes, concluiu que o "914" modifica a composição do tecido circulante elevando rapidamente o numero de erythrocytos e restabelecendo o estado de equilibrio entre os elementos brancos e vermelhos do sangue. O Sr. Menotti Sainati lamentou que o Sr. Souza Campos não tivesse feito constatação alguma para o lado do indice hemoglobínico, verificando assim se o novarsenobenzol tinha uma acção benefica ou prejudicial sobre o organismo no ponto de vista em questão; discorreu longamente sobre o assumpto baseado nos trabalhos de Poggi, Riva e Fiore, concitando o collega a continuar os seus estudos no sentido de chegar a uma conclusão decisiva sobre o verdadeiro valor da acção estimulante do "914" na matriz formadora do sangue.

O Sr. Souza Campos fez notar que apenas teve em vista num trabalho rapido, as modificações quantitativas e não qualitativas do sangue pela acção do novarsenobenzol.

Falaram ainda sobre o assumpto, os Srs. Toledo Mello, Joaquim Queiroz e Floriano Bayma.

O Sr. Toledo Mello apresentou algumas laminas, mediante as quaes demonstrou aos presentes a excellencia de seu processo "ziehl-iodo", para a coloração das granulações de Much no bacillo de Koch, expondo e praticando rapidamente o seu methodo.

O Sr. Ibrahim Madeira fez notar que ao lado de reaes vantagens, tem esse methodo o inconveniente de não garantir uma coloração permanente, como se obtem por exemplo com o processo de Cardoso Fontes.

Comtudo fará applicação mais cuidadosa do processo Toledo Mello, para chegar a melhores conclusões, embora reconheendo que para o fim pratico as differenciações das granulações de Much não têm grande importancia.

O Sr. Toledo Mello objectou que as vantagens do seu methodo são sobretudo didacticas, sendo tal sem duvida o fim mais util de caracterização dos granulos em questão, o que faz o seu processo, dentre os numerosos existentes, mais rapido, mais pratico, mais simples e até mais barato.

O Sr. Souza Campos aconselhou o orador a applicar o seu processo na pesquisa das granulações de Fränchel-Much na lympho-granulomatose.

Nada mais havendo a tratar, encerrou-se a sessão, ás 21 horas e meia.



A 2.<sup>a</sup> sessão ordinaria realizou-se aos 18 de maio, na séde da Sociedade de Medicina, ás 19 1/2 horas, tendo sido presidida pelo Sr Ernesto Moreira, vice-presidente, secretariado pelo Sr. Flaminio Favero.

Compareceram a essa reunião os socios Srs. Souza Campos, Toledo Piza, Sebastião Calazans, Menotti Sainati, Theobaldo Ferraz, Paulo Hartung, Romeu da Silveira, Alberto Santiago, Arnaldo de Campós, Britto Pereira, Renato Moraes, Franklin de Moura Campos, Anthero Galvão, Furlan Junior e Urbano Silveira.

Depois da leitura da acta e do expediente, passando-se á ordem do dia os Srs. Toledo Piza e Sebastião Calazans, apresentaram a observação pormenorizada de um caso de syphilis laryngéa com diphteria, diagnose perfeitamente estabelecida clinicamente, e confirmada plenamente pelos exames de laboratorio e pela therapeutica, que foi de excellente resultado.

O Sr. Souza Campos falou do emprego do "914" no impaludismo. Fez referencias aos recentes trabalhos de Laveran e Henry Souille em 1917, na "Société de Pathologie exotique", e ás communicações de Marchoux e Armand Gautier na Academia de Medicina sobre o mesmo assumpto, mostrando que Gautier preconisa o emprego dos arsenicaes organo-metallicos e do quinino, simultaneamente, e que Ravaut e Kreger empregaram o tratamento quinico e novarsenobenzolico.

O orador apresentou observações pessoas de alguns casos de impaludismo tratados pelo "914", mostrando o effeito desse medicamento no sangue circulante que, em todos os casos tinha augmento de erythrocytos, da taxa de hemoglobina e baixa de normoblastos em um caso em que estes eram abundantes. Esta constatação foi feita após exames diarios do sangue, praticados pela manhan e á noite, e constando da contagem total das hemacias e dos leucocytos, da dosagem da hemoglobina globular, da contagem especifica dos globulos brancos e da avaliação percentual dos parasitos.

O Sr. Souza Campos demonstrou o resultado obtido com o "914" em relação á terçan benigna, exhibindo ao microscopio alguns esfregaços de sangue colhido de um doente antes e depois da applicação do "914"; o orador demonstrou, por fim, a acção do mesmo medicamento na terçan maligna, sobretudo nos seus crescentes, que parecem resistir ao "914".

O Sr. Alberto Santiago falou dos preparados mercuriaes indolores, ou annunciados como taes, empregados no tratamento da syphilis; referiu-se particularmente á aluetina que, em dois casos, não lhe deu bons resultados, devido á dôr intensa que a injeccão provocou no doente, apesar da mais perfeita technica empregada. O orador quer attribuir esta dôr ao anesthesico contido no preparado, que é de effeito nullo e até prejudicial, por isso que determina a formação de nodulos, o que não é proprio dos saes solúveis de mercúrio.

E nada mais havendo a tratar, encerrou-se a sessão.

Depois destas, o Gremio dos Internos realizou as sessões de 3 e 17 de junho, ambas suspensas, sendo esta ultima em homenagem ao prof. Samuel Pozzi, fallecido nessa occasião.

Fez o necrologio do sabio extincto, o socio Sr. Gumercindo Godoy.

Devido ás ferias escolares, o Gremio sómente conseguiu reunir-se nóvamente, em sessão ordinaria, no dia 22 de julho.

Sob a presidencia do Sr. Toledo Mello, secretariado pelo Sr. Flaminio Favero, realisou-se ás 19 1/2 horas, na séde da Sociedade de Medicina e Cirurgia, a sessão ordinaria deste Gremio, á qual compareceram os socios Srs. Souza Campos, Bento Th. Ferraz, Alberto Santiago, Joaquim de Queiroz, Anthero Galvão, Britto Pequeira, Renato de Moraes e Gumercindo Godoy

Lida e, sem debates, approvada a acta da sessão anterior, passou-se ao expediente, que constou de um officio da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Ribeirão Preto, cómmunicando a sua fundação e a posse da sua primeira directoria.

Passando á ordem do dia, o Sr. Souza Campos referiu-se a dois casos de leucemia monocytica, os primeiros constatados na litteratura hematologica, um de Reschad-Schilling, comprovado pelos exames de sangue feitos por Noegeli e Pappenheim, e outro do professor Bingel (Deutschemed, Woch)

Commentando a nova hemopathia, entrou em considerações sobre as diversas theorias explicativas da leucogenese post-fetal, mostrando que os dualistas e neo-dualistas não entraram ainda em accôrdo sobre o parenchyma matriz dos monocytos (grandes mononucleares e fórmãs de passagem), que para uns, Ehrlich, Naegli, etc., é o parenchyma myeloide e para outros, Helly, por exemplo, é o parenchyma lymphoide.

Mostrou que para os antigos unicistas os grandes mono-nucleares e fórmãs de passagem (monocyto), eram cellulas não maduras, fazendo transição do lymphocyto para as polymorphos nucleares granulosos e finalmente que os neo-monistas com Pappenheim e Ferrata, á frente, consideram o monocyto como cellula madura, independente e da mesma hierarchia. dos leucocytos polymorpho-granulosos e dos lymphocytos, constituindo uma terceira especie de cellula branca, do tecido circulante normal.

Concluiu mostrando que se juntarmos aos typos de leucemia constatadas, a erythemia de Vaquez-Osler, verifica-se que a cada especie cellular madura do sangue circulante, normal, corresponde um typo de hemopathia especifica: erythrocytos (erytheremia de Vaquez-Osler); polymorpho-nucleares (leucemia myeloide); lymphocytos (leucemia lymphatica); monocytos (leucemia monocytica).

Sobre esta communicação falou ligeiramente o Sr. Toledo Mello.

Em seguida, este communicou a observação de um caso de "phlegmatica alba dolens", acompanhada de pequenos signaes de meio-pragia gastrica e emmagrecimento progressivo notavel. O exame do doente e os dados anamnesticos não revelaram outra coisa que justificasse, como perturbação morbida causal, a presença de um edema "liso", "branco" e "doloroso", tomando todo o membro inferior esquerdo, fóra da razão aventada pelo relator da observação.

Applicando ao caso communicado as sabias e memoraveis lições de Trousseau sobre o interessante assumpto, o orador não trepidou em lançar o diagnostico de "phlegmatia alba dolens" no curso de um carcinoma adormecido do estomago. Seis mezes após o exame do doente, constata-se, plenamente, o apparecimento de toda a symptomatologia gastrica do cancer-pylorico, confirmando o diagnostico formulado. A proposito desta observação, o Sr. Alberto Santiago discorreu sobre a importancia da "phlegmatia alba dolens" naquelles casos de carcinoma uterino, em que ha quasi carencia de symptommas outros; o orador documentou com algumas citações o que affirmou.

Falou, por fim, o Sr. Flaminio Favero que, em nome do Dr. Mello Camargo e no seu proprio, estudou as vantagens do emprego da emetina nas metrites. Disse o orador que o uso deste medicamento, em taes affecções, iniciado pelo dr. Gonçaves Theodoro, parece ser coroado de reaes successos, como o provam duas observações que leu, pertencentes ao serviço do dr. Mello Camargo e algumas outras que citou, da clinica do dr. Campos Moura. Bordam algumas considerações em torno da questão, os Srs. Bento Theobaldo Ferraz e Toledo Mello.

E nada mais havendo a tratar, encerrou-se a sessão.

---

*P*edimos aos Snrs. Assignantes  
do Interior de S. Paulo e de outros  
Estados, fazer-nos a fiheza de en-  
viar pelo Correio a importancia de  
sua assignatura.

*P*edimos mais, avisar-nos caso  
haja qualquer falta no recebimento  
da "Revista".

## SUMMARIO

---

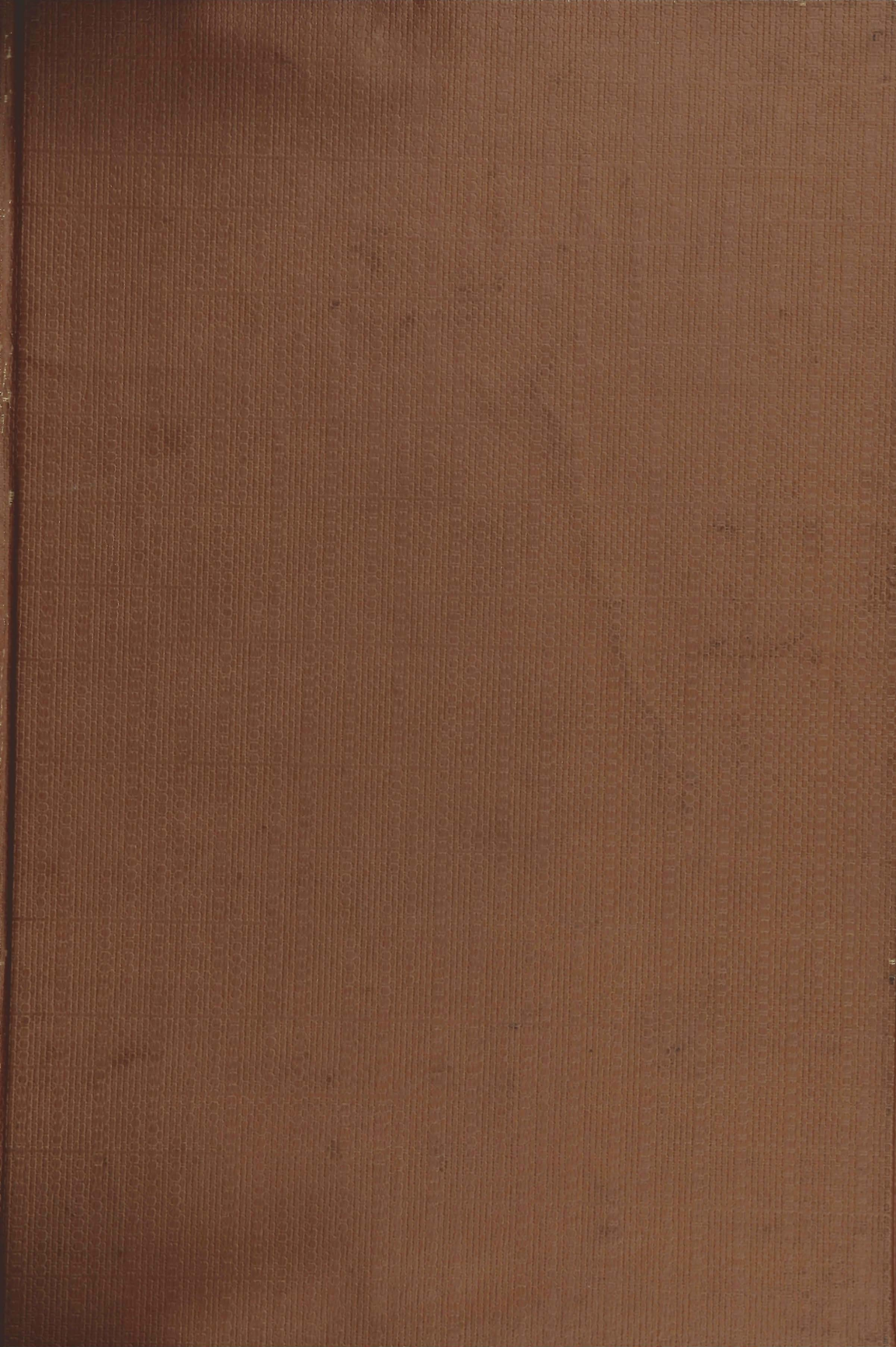
Tratamento da syphilis - Dr. Celestino Bourroul . . . . .	pag. 3
Do emprego da emucina nas metrites - Dr. Mello Camargo e Doutorando Flaminio Favero . . . . .	pag. 15
Contribuição ao estudo sobre a genese dos cystomas simples ovarianos - Dr. Carmo Lordy . . . . .	pag. 16
Um pouco de chimica - Domingues de Campos. . . . .	pag. 19
Semiotica do Triangulo de Grocco - Dr. Eduardo Monteiro. . . . .	pag. 22
Leucemia monocytica - Doutorando Ernesto de Souza Campos . . . . .	pag. 28
Clinica obstetrica - Dr. Raul Briquet . . . . .	pag. 34
Boletim do Gremio dos Internos dos Hospitaes . . . . .	pag. 43













## 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)).