

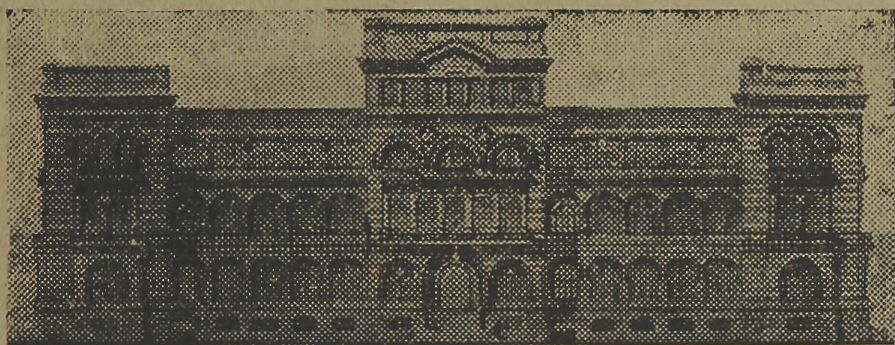
FAC. MEDICINA USP
Dr. Oswaldo Cruz

ANNO III △ SÃO PAULO, SETEMBRO - OUTUBRO DE 1919 △ VOL. III — NUM. 13-14

REVISTA DE MEDICINA

Órgão do Centro Acadêmico "OSWALDO CRUZ"

DA FACULDADE DE MEDICINA
E CIRURGIA DE SÃO PAULO



== COMISSÃO DE REDACÇÃO

Presidente: Fernando de Britto Pereira

Redactor-chefe: Potyguar Medeiros

Redactor-secretario: Menotti Sainatti

Redactoes: João Norberto Longo,

Waldemar B. Pessôa.

Maio Costa Galvão.



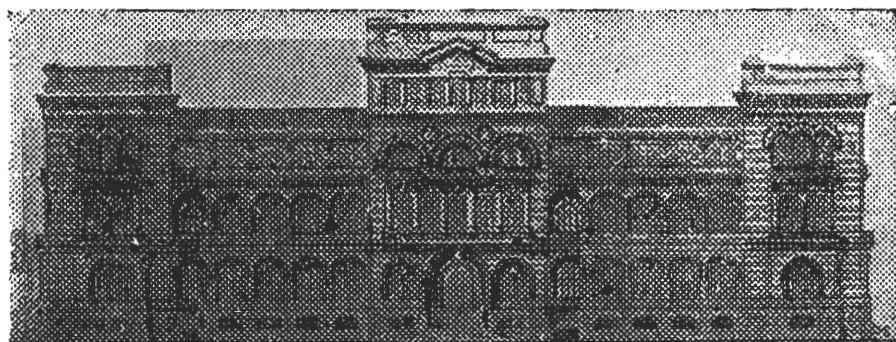
S. PAULO
SECÇÃO DE OBRAS DO "O ESTADO
1919

ALISTAI-VOS ELEITOR!

REVISTA DE MEDICINA

Orgão do Centro Acadêmico "OSWALDO CRUZ"

DA FACULDADE DE MEDICINA
E CIRURGIA DE SÃO PAULO



== COMISSÃO DE REDACÇÃO

Presidente: Fernando de Britto Pereira

Redactor-chefe: Potyguar Medeiros

Redactor-secretario: Menotti Soinatti

Redactores: João Norberto Longo,

Waldemar B. Pessôa.

Mario Costa Galvão.



Joaquim Queiroz

Joaquim Queiroz é o nome do inditoso moço, doutorando da nossa Faculdade de Medicina e Cirurgia, que a morte acaba de arrebatá-lo.

As cruissimas parcas, como por brinco infernal, teceram-lhe um destino brilhante mas ephemero.

Como a flor que promette bom fructo, mas, que a inclemencia da tempestade derruba justamente no ponto em que vae desabrochar, assim elle passou pela face da terra.

Nelle não só nos seduzia a bondade do coração, o character sem macula, a dedicação, o affecto que prodigalizava aos paes, aos collegas, aos mestres, á Faculdade; senão ainda o amor ao estudo da medicina, que cultuava, com fervor, por vezes, exaggerado.

Realizou o que diz um verso celebre:

“Même quand l’oiseau marche on sent q’il a des ailes”.

Positivamente, são raros os que, como elle, possuem uma intelligencia viva, capaz de tudo assimilar.

Não se contentava em estudar o sufficiente, não se ficava a contemplar as ramagens opimas da arvore de Hippocrates; descia a analysar-lhe a séve, extasiava-se no gozo de conhecer-lhe todas as minucias.

Era um temperamento ávido de curiosidades scientificas: não se sentia satisfeito em esmiuçar somente os factos actuaes do seu estudo predilecto — a ophtalmologia; entendia, como Gonçalves Dias que para se comprehender bem uma cousa, faz-se mister:

“Lançar uma vista d’olhos no seu passado, até onde elles alcançarem, como escavariamos a terra em roda de uma arvore, para descobrir no seu seio o logar onde principiou a germinar a semente”.

Devo confessar que me sinto embaraçado para fazer o panegyrico de Joaquim Queiroz. **Cada homem é um mundo** — diz uma phrase hespanhola, segundo assevera Medeiros e Albuquerque. Joaquim Queiroz era, sim, um mundo cuja densidade não me é dado avaliar. Porisso deixo a outrem mais feliz, de densidade igual á sua, a tarefa de elogiar-o, interpretá-lo, descrever-o, em todos os matizes do seu

acrisolado espirito. Mas, não posso renunciar ao dever de proclamar que a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, perdeu com elle uma das suas mais certas esperanças.

Joaquim Queiroz nasceu em Mococa a 25 de setembro de 1893. Começou os seus estudos de humanidades no "Gymnasio Nogueira da Gama", terminando-os no "Instituto Sciencias e Letras".

E' escusado dizer-se que, nesse periodo da vida em que as bellas letras lhe adornaram a adolescencia, nunca teve emulos da sua egualha: os seus dotes moraes e intellectuaes faziam delle uma figura de notavel destaque entre os seus collegas.

Matriculou-se na nossa Faculdade de Medicina e Cirurgia em 1914, cursando o primeiro anno com inexcédível brilho, obtendo a nota mais elevada da turma; e, quando dos seus exames finaes, recebeu da banca examinadora os mais rasgados elogios, como prova do seu valor incontestavel.

No decurso da sua vida academica, manteve-se sempre á altura da reputação que soube grangear no começo do seu curso.

Foi interno, por concurso, de clinica ophthalmologica da nossa Faculdade, esmerando-se na especialidade que abraçára com todo o entusiasmo e toda a energia de um estudioso apaixonado. No desempenho das funcções de interno, era affectuoso, meigo, dedicado, caritativo com o doente, a quem, não só levava o conforto, que a sciencia póde dispensar, mas tambem a consolação da sua palavra tão cheia de carinho e de unção. E' que Joaquim Queiroz ouvira e guardará, como relicario sagrado o conceito do nosso mestre querido, Rubião Meira:

"Abeirae-vos do doente, pois, com respeito e o coração cheio de magnanimidade, porque é elle que d'oravante vae ser o vosso livro, é nelle que ides tocar de perto os principios que formam a sublime arte, a que dedicastes a vossa existencia".

O desaparecimento precoce desse talentoso collega, exactamente no momento em que ia colher a messe dos seus aturados esforços, deixa indelevel na alma de todos os que com elle privaram, a magua de uma intensa saudade.

Sirva-nos, entretanto, de lenitivo o exemplo fulgurante dessa existencia nobre, bondosa, altruista, que succumbiu, talvez, por excessiva dedicação á arte que adoptára.

Doutorando Nazareno Orcesi

Nova contribuição ao estudo da "Blastomycose" interna pelo Prof. Dr. Walther Haberfeld

Em uma monographia, publicada no anno passado, sob o titulo de "Granuloma ganglionar maligno de origem blastomycetica", fizemos, além de um estudo detalhado clinico e anatomopathologico daquella entidade morbida, um estudo algo resumido do cogumelo, denominado vulgarmente Blastomyces.

Chegamos, então, á conclusão que este deveria antes ser classificado entre os Zymonemas (*Zymonema histosporocellulare*) pois elle se multiplica nos tecidos aparentemente só por meio de endosporulação; nas culturas, sobretudo por meio de fios mycelianos segmentados. (Não conseguimos verificar uma multiplicação por meio de gemmação, ás vezes observada pelos autores).

Estes estudos todos, em relação ao cogumelo, foram mais tarde confirmados por *Alex. Pedroso*. Este autor, pelo que diz, parece não ter inteiramente comprehendido a razão de ser da denominação da molestia, empregada por nós.

Pedroso aparentemente affirma termos proposto o nome de "*Granuloma maligno*" para a molestia em geral, produzida pelo cogumelo em questão, o que naturalmente não corresponde á verdade, pois esta denominação só foi proposta para um *certo* grupo desta entidade morbida especialmente por nós estudado que consiste numa affecção systematica dos ganglios lymphaticos e, por isso, *nunca* poderia ser applicada para a forma tegumentar externa d'esta molestia.

Ultimamente, tivemos a oportunidade de observar um caso muito interessante de Blastomycose interna. O estudo do germem deste caso nos convenceu de não ser exacta a nossa opinião a respeito da sua multiplicação que deveria ser *exclusivamente* por meio de endosporos.

Trata-se de um homem de 37 annos, hungaro, residente, ha vinte annos no Brasil, lavrador na zona cafeeira (como já salientamos no nosso trabalho acima mencionado é curiosa a coincidencia frequente de serem de preferencia atacados por este terrivel mal os que trabalham na cultura do café). Adoeceu ha cinco mezes, com os symptomas de uma *bronchite*; foi tratado, sob este diagnostico, pelo seu medico assistente. Peiorando continuamente, veio á Capital, consultando aqui o Dr. Max Rudolph que, em vista dos signaes pulmonares e do escarro sanguino-purulento, fetido, abundante, suspeitando de uma *tuberculose* cavernosa ou gangrena pulmonar nos enviou o doente para procedermos ao exame bacteriologico do escarro.

Não encontrámos o bacillo de Koch, mas sim, nos preparados frescos, *numero elevado* de "Blastomycetos". (Salientamos mais uma vez a facili-

(*) *Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, 1909.

dade do diagnostico deste cogumelo pelo exame a fresco e a grande difficuldade ou até a impossibilidade do diagnostico nos preparadòs seccos e corados).

Os blastomycetos eram em parte livres, em parte incluídos em gigantocytos multinucleares; o tamanho dos germens era bastante variavel, sempre com aspecto caracteristico, de forma redonda, membrana dupla e contendo uma ou muitas gotticulas de graxa.

No percurso dos nossos exames se apresentaram typos de parasita que nos fizeram suspeitar a possibilidade da propagação do mesmo por meio de *brotos*, havendo grupos do cogumelo cellular em reunião por pontos finos e faltando completamente a producção de esporos.

Fizemos então, preparações em gotta pendente, hermeticamente fechadas, para ver se era possivel chegarmos a uma conclusão definitiva.

As preparações, examinadas cerca de 24 horas depois, mostraram efectivamente, como o desenho prova, a existencia de *formas de gemmação*. A cellula mater duplamente contornada dá, na sua periphèria origem a um ou mais brotos pequenos. Estes crescem, tornam-se mais e mais redondos, de uma forma ovalar primitiva, adquirem ás vezes, uma membrana dupla e podem attingir o tamanho da cellula mater, com a qual ficam em connexão durante certo tempo. Os brotos neoformados podem, o que é muito *caracteristico* para esta forma de reproducção, dar origem a *novas gemmas*, sem perder o seu nexò com a cellula mater.

Por estes estudos, fica fora de duvida que o cogumelo em questão se multiplica nos tecidos não sómente por endosporos, mas tambem por brotos.

Como este ultimo modo de reproducção foi descripto em certas ulcèras tegumentares e no presente caso foi verificado tambem no escarro proveniente de lesões pulmonares, parece muito provavel que a formação de gemmas esteja ligada á presença de *oxygenio* em maior quantidade; não sendo verificavel no interior de orgãos parenchymatosos onde é observada apenas a esporulação.

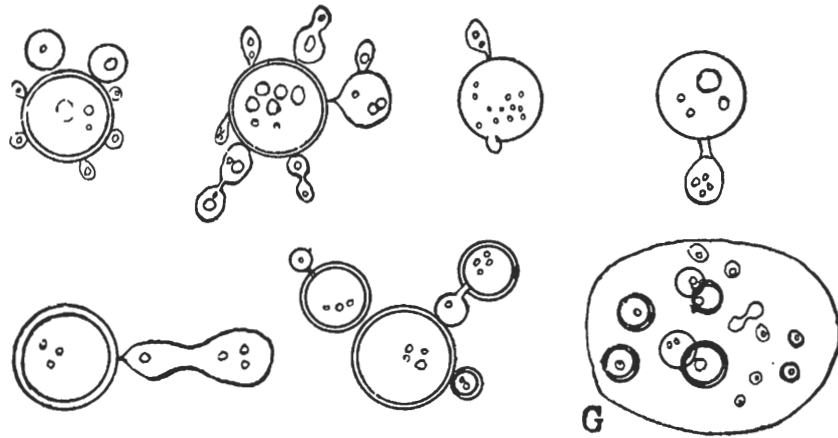
NB. O doente citado nunca teve ulcèras, quer cutaneas, quer nas mucosas, nem apresenta cicatrizes suspeitas. A mucosa *buccal* está normal, não havendo ulcèras na gengiva ou nas tonsillas. O doente não mostra ganglios *lymphaticos* enfartados, que sejam verificaveis pela inspecção, palpação ou percussão. Fígado e baço normaes.

Nos pulmões nota-se, além de uma massicez em ambos os lobos inferiores, respiração tubaria e presença de estertores humidos em partes destes lobos.

Trata-se, então, de um caso de "Blastomycose" interna, no qual os pulmões são *clínicamente a localisação primaria*.

Que os germens tivessem penetrado nos pulmões por *inhalção* ou que elles entrassem secundariamente allí, depois de uma infecção anterior das *amygdalas* e dos *ganglios lymphaticos* cervicaes e bronchiaes como certos autores querem com respeito a alguns casos de tuberculose pulmonar, não

W. HABERFELD — Blastomyose interna.



Augmento: Imersão.
Os germens do escarro, em gotta pendente, depois de 24 horas. G: Germens
incluidos em um gigantocito.

podemos nos pronunciar, embora, a primeira vista, pareça mais provavel o primeiro modo de infecção. Assim, vem a proposito lembrar a observação de um caso citado em a nossa monographia, no qual verificamos a existencia de uma Blastomyose dos ganglios *cervicaes* inferiores *sem* lesões blastomyceticas de outra localisação. Seria então possivel admitir, tambem para o nósso caso de Blastomyose pulmonar, o segundo modo de infecção do pulmão, isto é, por via *lymphatica*.

SCHLUSSFOLGERUNGEN.

Ein Fall von klinisch primärer Lungenblastomykose, ohne Lymphdrüsenkrankung, mit zahlreichen "Blastomyceten" im Sputum, bei einem 37 jährigem Manne, welcher die Erscheinungen einer kavernösen Lungentuberkulose bot. Die Präparate im hängenden Tropfen zeigten nach 24 Stunden sichere Sprossbildungen; dadurch ist bewiesen, dass sich der Pilz in gewissen Geweben nicht nur durch Bildung von Endosporen vermehrt.

CONCLUSIONS:

Un cas de "Blastomyose" des poumons, cliniquement primitif, sans affection des ganglions lymphatiques, avec assez de "Blastomycètes" dans le crachat, chez un homme de 37 ans qui avait les symptômes d'une tuberculose des poumons.

Les préparations en goutte pendant montraient après 24 heures évidemment la formation de bourgeons ce qui prouve que ce champignon, au moins dans certains tissus, se reproduit non seulement par endosporulation.

CONCLUSIONS.

A case clinically primary of pulmonar "Blastomycosis", without affection of the lymphatic glands with many "Blastomycetes" in the sputum, by a man of 37 years, who had the symptoms of a pulmonar tuberculosis. The preparations of hanging drop showed after 24 hours, sure forms of gemmulation what proves that the fungus, at least in certain tissues, multiplies not only by endosporulation.

Duas observações de "Exascose"

(Ex Blastomyose na Bahia)

Dr. Pirajá da Silva (Bahia)

A denominação de exascose, proposta por *Beurmann* e *Gougerot* em 1909, quando trataram da revisão e desmembramento do antigo grupo das blastomycoses, abrange as mycoses produzidas pelos parasitos da tribu das Exoasceas, da familia dos Discomycetes.

Dizem os mesmos autores que nessas doenças — exascoses — está incluída a maior parte das infecções catalogadas como blastomycoses.

A fim de por alguma ordem e clareza em taes estudos em consequencia do desaccordo reinante quanto á definição e delimitação dos vocabulos — blastomycetes e blastomycoses — lembraram os mycologistas *Beurmann* e *Gougerot* a palavra *exascese*.

Não ha duvida que será difficil a substituição do termo blastomycose, já consagrado em medicina, pelo neologismo *exascese*, embora possua este maior viso de precisão scientifica.

Como quer que seja, é esta a orientação moderna.

Em mycologia tres são as significações da palavra blastomycete: primeira, cogumêllo que se produz por abrolhamento, gemmação; ora, assim sendo, está-se obrigado a incluir no mesmo grupo, cogumêllos pertencentes a especies as mais diversas; segunda, outros mycologistas só consideram blastomycetes os cogumêllos pertencentes ao genero *saccharomyces* e ao genero *cryptococcus* (*saccharomycetes* imperfeitos); terceira, interpretação de blastomycetes é a que só considera como taes, os parasitos, não classificados, de forma rendonda reproduzindo-se por gemmação, não sendo conhecido, entretanto, o seu modo de reproducção superior.

Veja-se a definição de *Beurmann* e *Gougerot*: “Blastomycète n'est plus qu'une expression morphologique servant à designer n'importe quel “champignon bourgeonnant inclassé”.

E' uma expressão exclusivamente morphologica do mesmo modo que filamento ou bacillo”.

Reconhecida a confusão existente, pelo uso da palavra blastomycete, ninguem, apesar disso, ousou romper com os velhos habitos e, só ultimamente é que os mycologistas *Beurmann* e *Gougerot* o fizeram, propondo uma classificação baseada em noções botanicas.

Van Tieghem divide a familia dos Discomycetes em cinco tribus: Exoascéas Patellareas, Phacidieas, Ascoboleas, Pezizéas.

Nas exoaceas incluye elle os generos: *Saccharomyces*, *Podocapsa*, *Ascotricha*, *Ascodesmis*, *Stictis* e *Propolis*.

Nem todos esses generos têm importancia em medicina, por isso é que, seguindo a classificação adoptada por *Gougerot* e *Beurmann*, menciono apenas os generos que mais interesse medico apresentam: *Saccharomyces*, *Atelosaccharomyces*, *Parasaccharomyces*, *Zymonema*, *Paraendomyces* e *Endomyces*, aos quaes se ligam ás mycoses do grupo das exascoses.

Os generos bem definidos são: *Saccharomyces* e *Endomyces*.

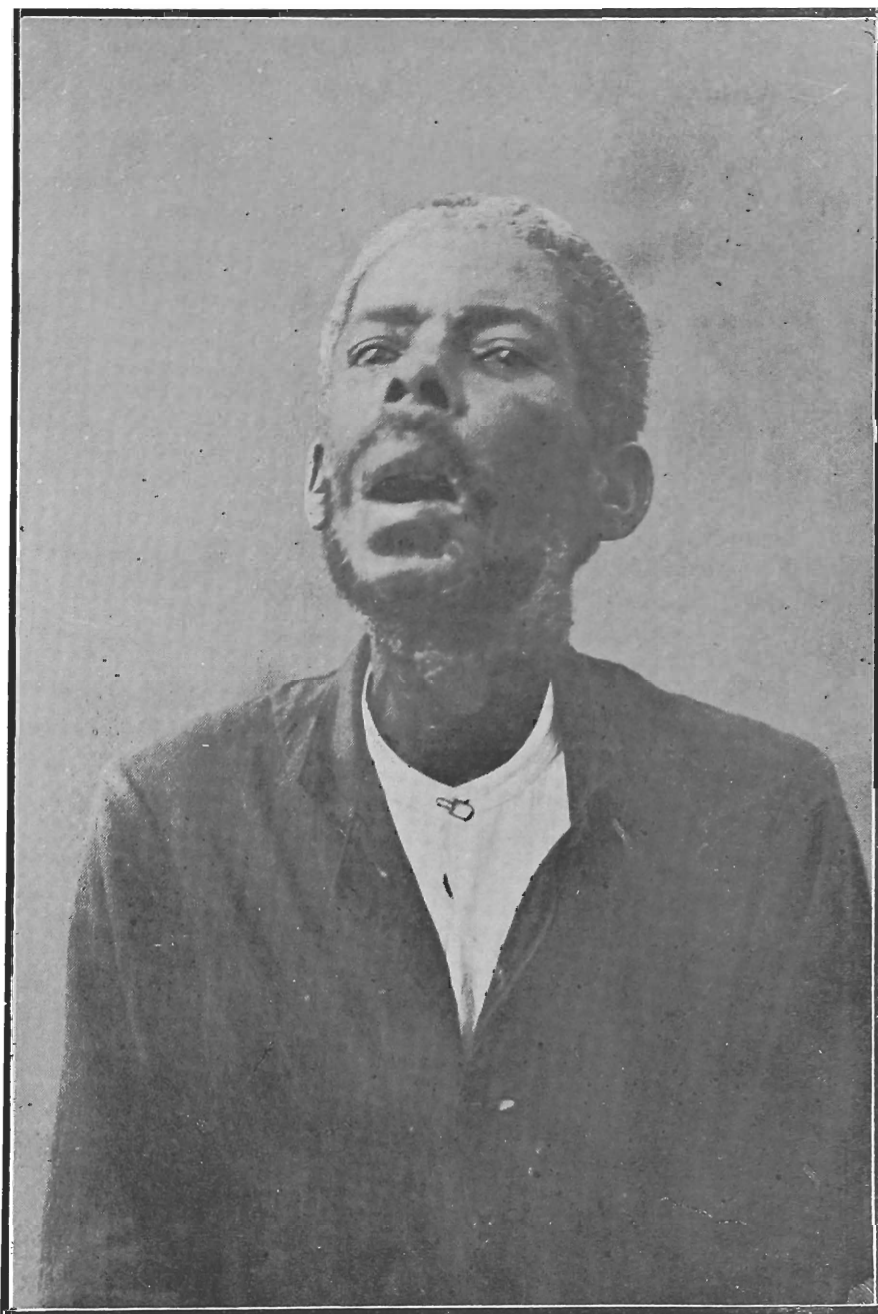
Os cogumêllos pertencentes aos outros generos, bem que se não tenha ainda conseguido observar ascas, são considerados como exoasceas, até que novas observações venham demonstrar o contrario.

Ditas estas palavras, á guisa de introducção, tenho a honra de apresentar á douta Sociedade de Medicina dos Hospitales, servindo-me da nimia gentileza do meu presado amigo Prof. Borja, duas ligeiras observações de *exascese*, as quaes têm a só importancia de serem as primeiras feitas na Bahia e comprovadas pelo exame microscopico.

O desenho, copia do natural, dá uma ideia bastante approximada do parasito.

Uma das photographias foi feita com placas autochromaticas e representa a primeira tentativa feita em nosso meio do emprego da photographia das cores em assumptos clinicos.

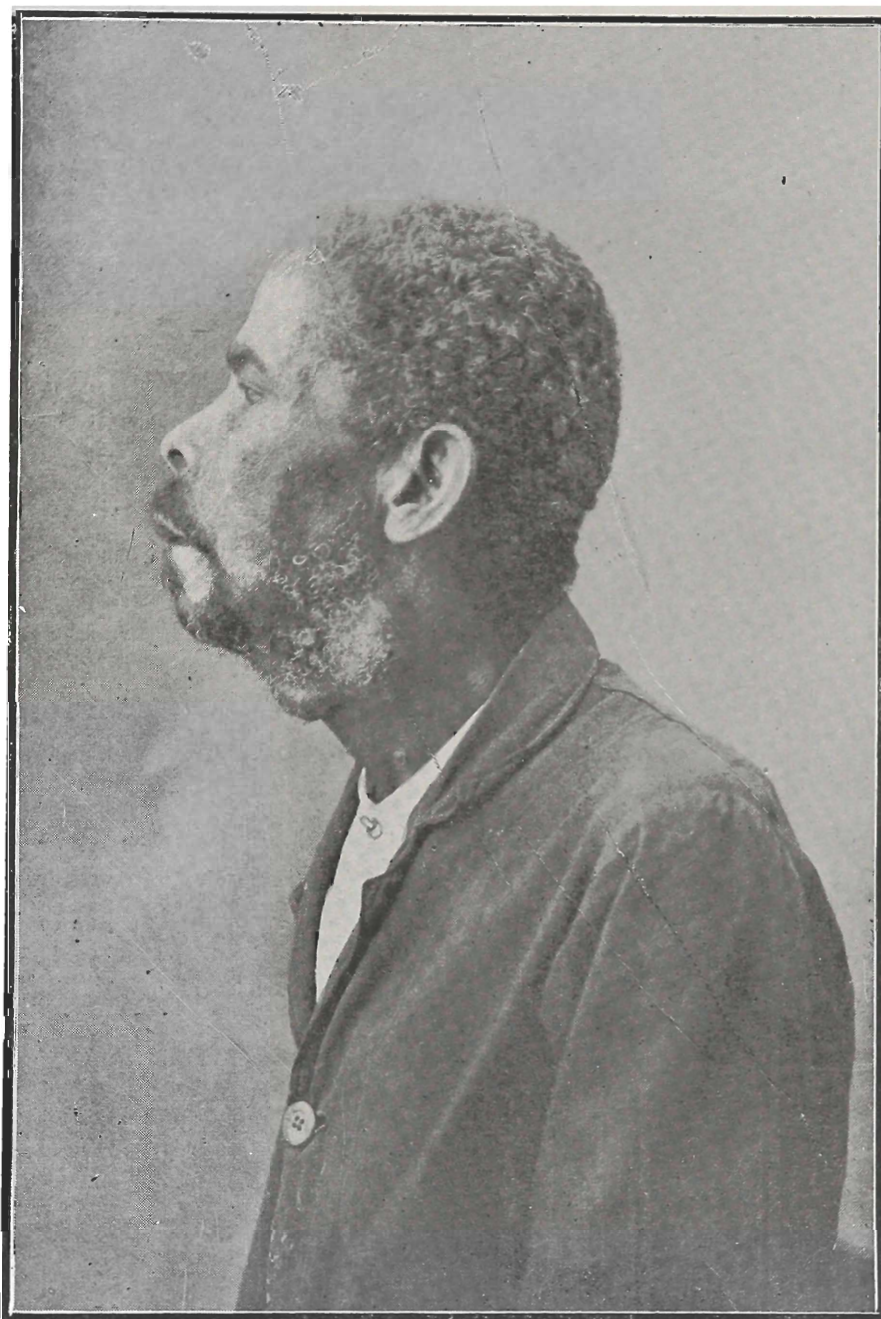
PIRAJÁ DA SILVA — Duas observações de Exascose na Bahia.



Raphael R. 58 annos.

OBS. I

PIRAJÁ DA SILVA — Duas observações de Exascose na Bahia.



Raphael R. 58 annos.

OBS. I

Oxalá, que de hoje em diante seja tal processo applicado de modo mais geral pelos estudiosos medicos.

Provavelmente os parasitos responsaveis pelos dous casos morbidos que observei pertencem ao genero saccharomyces.

Raphael R, 58 annos, pardo, casado, sapateiro. Camamú.

Soffria constantemente de dores de dente. Tendo extrahido um dente cariado, ficára uma esquirola ossea que escoriou certo ponto da mucosa buccal, produzindo depois ulceração. A ulceração foi se alastrando pela face interna da bochecha esquerda do lado correspondente ao fragmento do dente fracturado.

O paciente limou a ponta aguçada do fragmento e notou que depois disso a ulceração augmentou consideravelmente.

Dóres atrozes o perseguiram. A 16 de Novembro de 1914 vi o doente, que me referio soffrer da referida doença, ha seis mezes, mais ou menos.

As lesões estendiam-se por toda a mucosa buccal, veo do paladar, labios e mais ainda, pela face externa do labio superior.

A mastigação e a deglutição eram penosas.

Quando com difficuldade conseguia deglutir algum alimento, soffria forte ardencia.

Notavam-se os ganglios cervicaes bastante intumescidos e um delles supurado.

Num ponto situado para fóra e para baixo da commissura labial esquerda havia um grande ganglio enfartado. Na região supra-hyoidiana existia uma collecção purulenta.

No lado direito da face nada havia digno de nota.

EXAME DO PUZ — Por meio de uma seringa esterilizada punccionei um dos ganglios sub-maxillares e retirei puz, que examinado, sem corante, entre lamina e laminula revelou muitas cellulas esphericas, de tamanho mais ou menos variado, tendo duplo contorno.

Numas, o protoplasma encerrava um corpusculo mais escuro e noutras, uma grande quantidade de granulações dispostas, por vezes em circulo, formando verdadeira corôa.

Granulações iguaes a essas tambem se notavam em abundancia fóra das cellulas, esparsas na preparação.

Tratei as preparações pelo Sudan III e verifiquei a reacção das substancias gordurosas.

Nas cellulas adultas e nos brotos ainda não destacados das cellulas, notei outras granulações pigmentadas, muito menores, bastante escuras á semelhança do pigmento do plasmodium vivax.

A multiplicação que observei nesses elementos foi a gemmação.

Por vezes a grande cellula achava-se completamente rodeada de rebentos maiores e menores.

A forma desses brotos era geralmente espherica, sendo que alguns eram piriformes.

A's vezes não eram mais do que ligeiras saliencias, em sua phase inicial.

A membrana externa desaparecia no ponto de emergencia do broto, podendo-se ver em preparações, até mesmo não coradas, a pequena porção do protoplasma que unia a massa protoplasmica da cellula mãe ao protoplasma dos novos rebentos.

Igualmente se observava este facto com relação ás cellulas filhas, bem desenvolvidas, porem ainda não destacadas.

Segundo o que observei, duas e ás vezes mais cellulas apresentavam-se

no campo do microscópio, tendo as mesmas dimensões e ainda unidas pela pequena porção do protoplasma.

Esses elementos cellulares assim dispostos tinham o aspecto de cadeias. Gaspar Vianna diz ter raramente observado o que vim de referir: "Raramente são encontradas formas semelhantes a duas esferas mais, ou menos do mesmo volume, com membranas de duplo contorno nítido e ainda unidas, com os brotos acima referidos."

Convem notar que essa referencia diz respeito ao parasito nos tecidos.

Tive ainda o ensejo de ver formas em cadeias e grupos constituídos por cellulas de dimensões variadas.

No protoplasma de uma cellula que ainda se conservava unida a uma outra, pude distinguir duas zonas: uma central, mais escura, contendo granulações e ainda em ligação com o protoplasma da cellula vizinha pela pequena trave protoplasmatica; outra peripherica, e mais clara.

Todas as cellulas do parasito apresentavam duplo contorno e a membrana externa sempre completamente lisa, salvo nos pontos de união das respectivas cellulas.

Tive ainda occasião de observar formas semelhantes ás que Vianna denominou campaniformes, em consequencia de uma especie de invaginação processada num ponto de sua superficie.

No puz constatei, além das cellulas do parasito, grande quantidade de cristaes.

Vede annexo n. 3. Desenho.

Apesar dos meios therapeuticos empregados, o doente falleceu em o dia 2 de Dezembro, de 1914, com tumores e ulcerações por todo o corpo.

G. J. S. brasileiro, branco, 45 annos, casado e vaqueiro desde tenra idade. Tem quatro filhos, todos gosando saude, assim como sua mulher. Reside em Sant'Anna do Catú. Apresentou-se á consulta medica em Julho de 1914.

Da sua historia progressa pude apurar o seguinte: ha dous annos appa recera-lhe perto da articulação do cotovello esquerdo, um ponto endurecido do tamanho de um caroço de café, e a pelle que o revestia apresentava-se reluzente.

Alguns dias depois deu-se o desapparecimento do pequeno tumor.

Em seguida surgio um outro tumor com as dimensões de um caroço de jaca, na face externa da articulação do punho esquerdo.

Este tumor foi dilatado pelo paciente, dando saida a muito puz e cicatrizando logo depois.

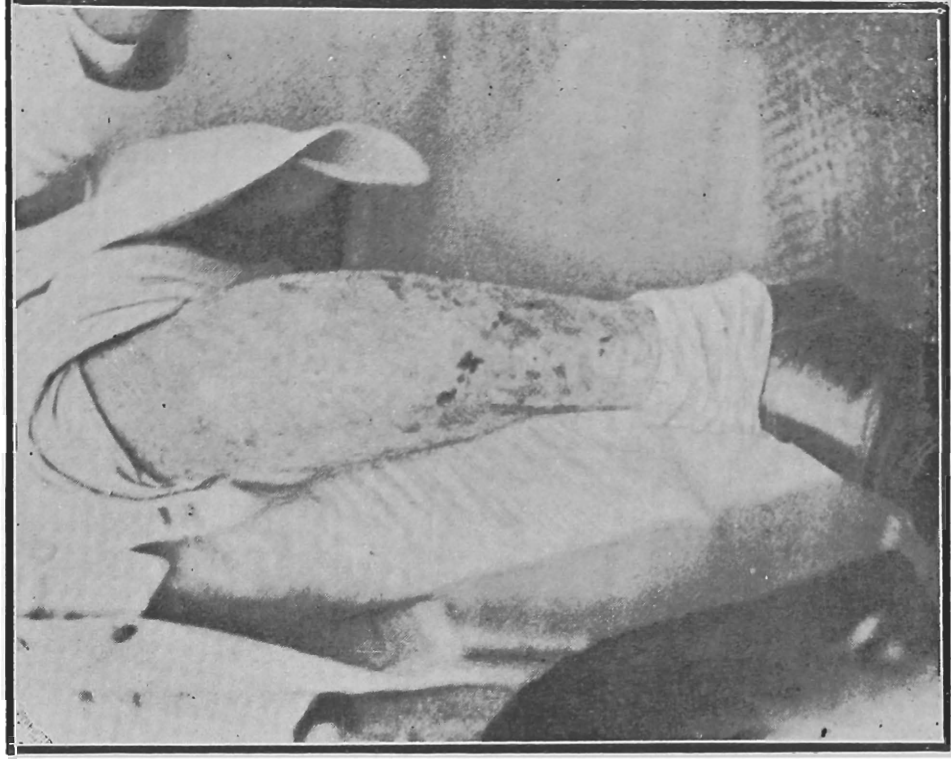
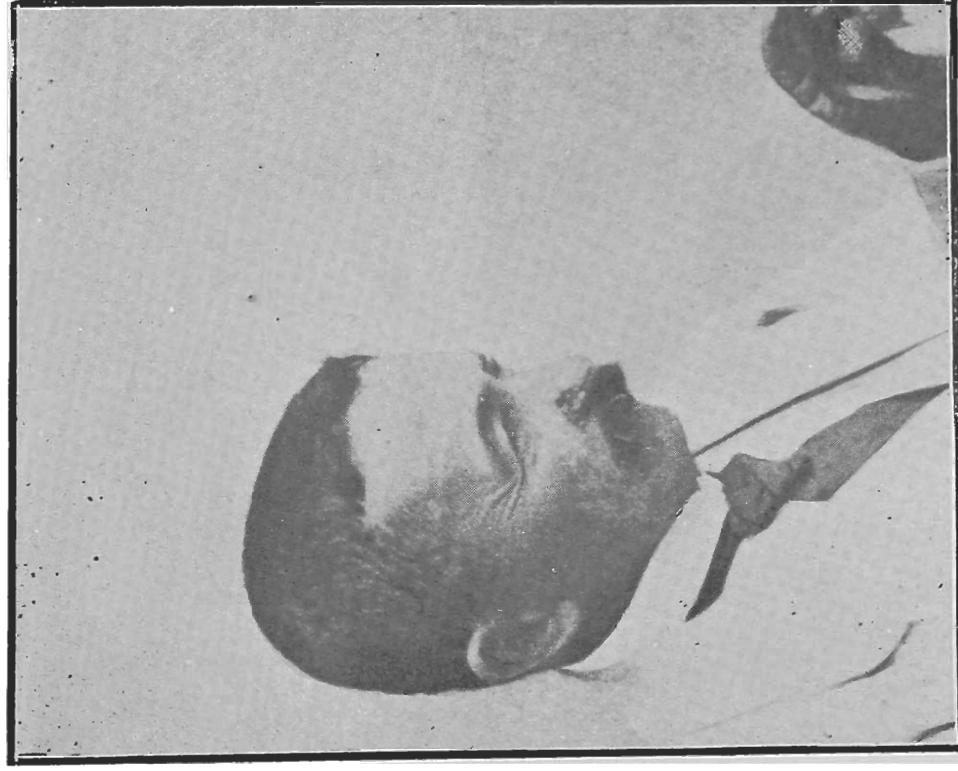
Lesões de igual natureza, porem de menores dimensões, formaram-se na região externa do cotovello esquerdo, alastrando-se numa extensão de um decimetro quadrado, mais ou menos.

Essas lesões eram constituídas por pequenas fistulas de bordos salientes e rubros, das quaes se escoava grande quantidade de puz amarelado.

Depois da cicatrização dessas lesões, outras surgiram no lado opposto, com os mesmos caracteres. Na região sacra tambem existiam lesões de aspecto identico, bem como na região infra umbelical.

Além das regiões acima referidas, existiam em toda a circumferencia dos terços médio e inferior da perna esquerda lesões identicas, constituídas por orificios crateriformes, donde se escoava puz, ulcerações razas

PIRAJÁ DA SILVA — Duas observações de Exascose na Bahia.



G. J. S. 45 annos
OBS. II

e externas, cobertas em alguns pontos de uma crosta escura e de aspecto mamiloso.

Na aza direita do nariz, referio o doente, ter surgido ha tempos uma pequena verruga esbranquiçada, que se despegava, reproduzindo-se em seguida.

Por fim ulcerou, attingindo a ulceração as dimensões de uma moeda de nickel de 100 réis da ultima cunhagem e revestindo-se de uma crosta escura cheia de mamilos e fendida em alguns pontos.

As lesões tambem irromperam no dorso da mão esquerda.

Durante a marcha da doença nunca teve febre. Não houve engurgitamento ganglionar.

O paciente disse ter feito uso de diversos depurativos de base de mercurio e de iodeto de potassio, sem o minimo resultado.

Externamente usou de diversas pomadas e sempre sem exito.

EXAME DO PUZ. — O exame feito no puz retirado cuidadosamente revelou a existencia de cellulas semelhantes aos saccharomycetes.

Firmado o diagnostico, institui internamente o iodureto de potassio e externamente, lavagens com agua oxygenada, pomada de resorcina e acido salicylico e applicações topicas de tintura de iodo iodurada.

Com a therapeutica instituida as lesões, a principio se inflammaram e suppuraram abundantemente.

Depois desta reacção, as lesões cobriram-se de crostas, que retiradas deixavam ver as superficies inteiramente cicatrizadas. Depois, não tive occasião de ver o doente nem noticias exactas do mesmo, pelo que ignoro qual tenha sido a marcha evolutiva da mycose que servio de assumpto á presente observação.

Tumor não especifico da hypophyse e sua genese

Dr. Carmo Lordy

A theoria dos germens aberrados, tantas vezes acceita e tantas outras repudiada, na apreciação etiologica de alguns tumores de character benigno e maligno, vae sempre mais se affirmando com a contribuição de dados principalmente anatomicos.

Assim, a certos tumores da hypophyse, que já normalmente apresentam estructura muito complexa, se ajusta de modo completo e perfeito a etiologia invocada.

As producções neoplasticas desenvolvidas á custa de germens hypophysarios encareceram de importancia e interesse sobretudo depois de estudos recentes de ordem genetica e topographica da glandula pituitaria.

Desde Pierre Marie, que em 1886 pela primeira vez chamou a attenção sobre a dependencia dos symptomas acromegalicos dos tumores da hypophyse, tem-se differentemente apreciado tal relação, a ponto de alguns auctores não a admittir, apresentando casos de acromegalia sem tumor da pituitaria. Estes casos, porém, não re-

sistem a uma critica severa, podendo-se affirmar com Gierke que houve provavelmente confusão com outras molestias osseas ou que macroscopicamente passaram inobservadas producções adenomatosas. Assim é que Erdheim num caso de acromegalia, em que a hypophyse craneana estava normal, encontrou no osso esphenoide o tumor responsavel.

Entretanto, não é todo e qualquer tumor hypophysario causa efficiente dos signaes acromegalicos, tendo a observação evidenciado que sómente assim deve ser considerada a neoformação constituida por cellulas funcçionaes, quer chromophilas, quer chromophobas. Por este motivo, alguns auctores julgam a acromegalia uma consequencia do hyperpituitarismo ou do dyspituitarismo.

Pelos trabalhos de Haberfeld sabemos que a hypophyse, durante a phase embryogenica, na sua ascensão ao longo do ducto craneopharyngiano, póde abandonar restos hypophysarios, donde é possivel se originar um verdadeiro blastoma.

D'ahi claramente se depreheende a eventual formação de duas variedades de tumores, conforme a natureza cellular predominante, tumores constituidos por elementos funcçionaes e, porisso, susceptiveis de provocar symptomas acromegalicos e tumores de cellulas pavimentosas ainda não diferenciadas e que não passam de simples neoformações não especificas. Um caso elucidativo da primeira hypothese, é a observação de Erdheim sobre a existencia de uma neoproducção de cellulas funcçionaes no osso esphenoide acompanhada de acromegalia. A segunda variedade nós a vimos realizada num caso que constitue o objecto do presente trabalho, que pela localização e principalmente pelo aspecto permite a explicação certa de sua genese.

Trata-se de um carcinoma plano-cellular desenvolvido junto do osso esphenoide com evolução posterior para a base craneana, sob a duramater, comprimindo os nervos regionaes e pougando a hypophyse do craneo.

Quasi identico a este foi nestes ultimos annos estudado por Maser um caso, que, por sua vez, apresenta grande semelhança com um outro publicado por Röthmann em 1893, embora este ultimo auctor divergisse do primeiro emquanto á histogenese, invocando a heterotypia para explical-a.

Estudos embryogenicos hodiernos fizeram muita luz sobre o assumpto, permittindo a justa apreciação dos diversos processos neofornativos desta região; porisso, achamos conveniencia em reproduzil-os succintamente.

Para a formação da hypophyse craneana, prescindindo da parte nervosa, concorrem a bolsa de Rathke, a bolsa de Sessel, o diverticulo mediano e um broto solido da bolsa de Sessel. Chronologicamente, as primeiras a apparecer são as bolsas de Rathke e de Sessel (no começo do segundo mez embryonario, no homem).

Contrariamente ao que até ha bem pouco tempo se julgava, para constituir o lobo glandular hypophysario, além do principal esboço ectodermico (bolsa de Rathke), sobretudo nos mammíferos, o endoderma é largamente representado pela bolsa de Sessel, que é um residuo do vertice do intestino cephalico, pelo diverticulo mediano, correspondendo provavelmente ao tracto do mesmo intestino cephalico donde se originam as cavidades premandibulares e pelo broto solido, que parte do vertice da bolsa de Sessel.

Apesar da derivação endodermica, a função hypophysaria é função da parte glandular derivada do esboço ectodermico, representada pela bolsa de Rathke. Esta ultima, que na sua origem é uma especie de invaginação feita de epithelio da fossa oral primitiva ascende atravez do futuro ducto craneo-pharyngiano na sella turcica. O fundo da invaginação, o caecum hypophysario, é que dá nascimento pela progressiva differenciação cellulaer de sua parede anterior á parte glandular, conservando a parede posterior sua constituição primitiva epithelial indifferenciada. A porção inferior da bolsa de Rathke, o pediculo ou cordão hypophysario, que prende a parte glandular á fossa oral, é uma formação transitoria que se atrophia mais e mais pelo espessamento do mesoderma basilar, donde provem a base do craneo.

Em raros casos no homem podem-se achar restos do tecido hypophysario ao longo do antigo percurso craneo-pharyngiano, que normalmente se oblitera no principio do terceiro mez fetal, separando por completo as duas formações hypophysarias definitivas, a craneana e a pharyngiana.

Segundo Pende, a persistencia anormal deste ducto no homem se pôde observar em 10 % dos recém-nascidos, em 0,3 % dos adultos.

Em recém-nascidos com deformações encontrou Haberfeld 6 vezes o canal aberto. A. Bruni em dois embryões de ratos, nos quaes já estava adiantado o processo formativo de cartilagem do esphenoide, notou tecido hypophysario no mesmo ducto.

Harairai confirmou em fétos humanos, em coelhos novos e em gatos a existencia de restos hypophysarios no canal craneo-pharyngiano, desde sua extremidade oral até a sella turcica. A taes elementos residuaes deu a denominação de hypophyses accessorias, podendo, conforme sua localização, ser intra-craneana, intra-ossea e pharyngiana.

Sobre o assumpto são muito elucidativos os trabalhos de Pende, Civalleri, Citelli e principalmente os de Haberfeld, a quem cabe o merito de ter demonstrado que, á custa de germens hypophysarios aberrados, podem-se desenvolver verdadeiros tumores.

Além do caso de Rothmann, de que tivemos noticias apenas, atravez de citações de auctores, conhecemos a observação relativamente recente de Maserà, que se relaciona com esta especie blastomatosa.

Trata-se de um caso de um tumor da base do craneo, de côr acinzentada e de consistencia dura, extra-dural, partindo do esphenoide e

fazendo irrupção na cavidade craneana, de que occupava as fossas posterior e média de ambos os lados e a região da sella turcica, ficando a hypophyse craneana em parte desviada para direita. Do lado esquerdo, se estendia mais, emittindo prolongamento e invadindo os nervos da base craneana. Atravez dos diversos foramina da cavidade craneana, chegava o tumor até a região paramastoidéa esquerda, onde formava uma tumefacção visivel e palpavel por fóra.

O tumor compunha-se de estroma conjunctivo mais ou menos desenvolvido e espessado, limitando em alguns logares espaços alveolares cheios de cellulas chatas ou ovaes de 12, 16, 18 e até 28 micra, ricas em protoplasma, aqui homogeneo, alli granulosos, com nucleo em geral centralmente collocado, volumoso e com rêde chromatica visivel, ás vezes irregular, reduzido a pequenas massas esparsas, outras vezes em forma de ampulheta ou de corôa com dois e mais nucleolos. Notavam-se tambem processos regressivos, como tumefacção, desapparecimento de granulações, formação de vacuolos, caryolyse, caryorrhexis e histolyse.

Parallelamente a estes, havia processos regenerativos cellulares com mitoses excepcionalmente typicas, quasi todas atypicas e multipolares. Principalmente pela hematoxylina ferrica destacavam-se em alguns córtes pontos intercellulares.

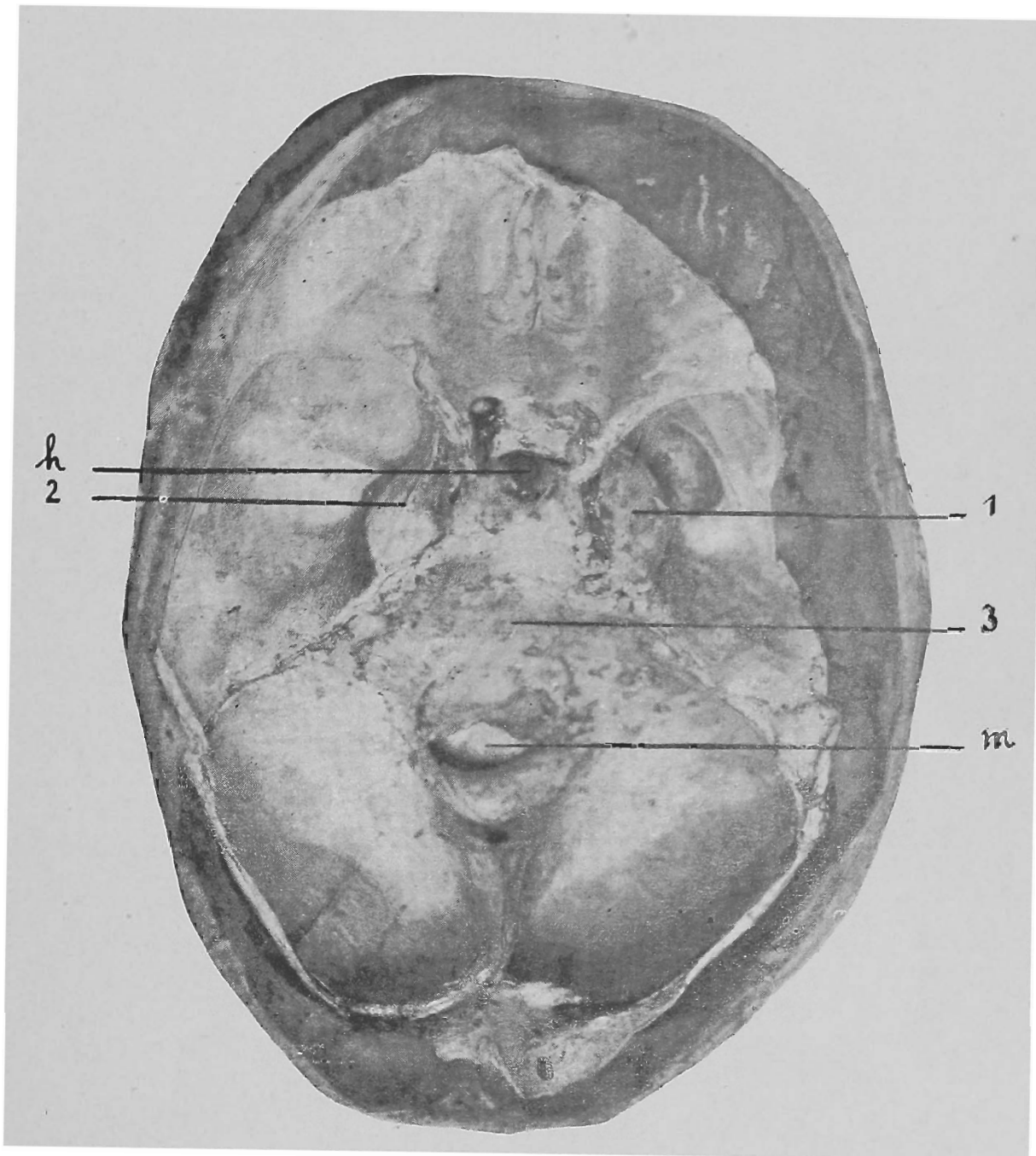
No que diz respeito á hypophyse craneana, o tumor limitava-se a comprimir uma parte glandular e a invadir outra, parecendo não dever estar de todo compromettida a funcção hypophysaria pela existencia de restos de elementos chromophilos.

Finalmente o auctor, referindo-se principalmente aos trabalhos de Erdheim, concluia tratar-se de um carcinoma de cellulas chatas, tendo relação etiologica com germens isolados ao longo do antigo canal craneo-pharyngiaño.

Reproduzimos em largos traços a observação de Maserà, por haver muitos pontos de contacto com o nosso caso, etiologica e anatomica-mente fallando.

A autopsia praticada no Laboratorio do Instituto de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina de S. Paulo a 29 de Maio de 1917 deu o seguinte resultado: Anno 1917 — Nome do morto, Antonio Pugliesi. Sexo, masculino. Idade, 38 annos. Raça, branca. Nacionalidade, italiana. Dia do obito, 28-5-17. Nome do autopsiante, Professor Haberfeld. Comprimento do cadaver 1 metro e 63 cens. Calota com espessura maxima de 5 m.ms., de forma alongada, symetrica e com suturas bem visiveis. Dura-mater não adherente, deixando sahir muito liquido ligeiramente turvo no acto de retiral-a. Cerebro com 190 m.ms. de diametro antero-posterior, 160 mms. de diametro transversal, 90 mms. de espessura e de consistencia muito augmentada. Leptomeninges tenras e em alguns pontos espessadas. Circumvoluções cerebraes achatadas, sobretudo as da base. Achatamento da protuberancia e

C. LORDY — Tumor não específico da hypophyse.



- 1 e 2 — Invasão symetrica das cavidades cerebraes medianas, no logar dos ganglios de Gasser.
3 — Proliferação tumoral sobre o clivus Blumembachi, estreitando o buraco occipital, notando-se em
M a medula oblonga comprimida.

do bulbo. Vasos tenros. Ao córte, o cerebro se apresentava humido, sahindo muito sangue, que logo se diffundia. Ventriculos pouco dilatados e com liquido seroso claro. Nada de anormal no cerebello. Nervos da base craneana de aspecto normal. O motor ocular commum augmentado. No osso esphenoide encontramos uma massa extranha que penetra em ambas as cavidades craneanas posteriores, medindo na da direita 150 mms. e na da esquerda um pouco menos e elevando-se bastante do lado clivus Blumenbachi, fazendo desaparecer o angulo existente entre este e as apophyses clinoides posteriores, estendendo-se esta elevação até o buraco occipital, diminuindo-o e deformando-o. O tumor, que não perfura a dura-mater em ponto algum, tem consistencia muito dura. Retirando-se a parte posterior da sella turcica e a dura-mater, torna-se visível o tumor que se continúa até o foramen occipital, destruindo em grande parte o osso sobre o qual se desenvolveu. Atraz, limita-se com o sulco transversal de ambos os lados, continuando-se com os nervos regionaes, sobretudo o acustico. O rochedo está transformado num osso de aspecto anormal, apresentando-se antes com faces paralelas do que com faces pyramidaes. O tumor, que tem na cavidade craneana um diametro transverso de 550 mms. e um longitudinal de 60 mms., invade ainda os nervos glosso-pharyngiano, pneumogastrico e accessorio. Na cavidade craneana média salientam-se duas formações mais ou menos ovaes, symetricas de ambos os lados (V. fig. 1) (2 por 1 centms.) inteiramente encobertas pela dura-mater. Cumpre notar que de ambos os lados o tumor se apresenta no lugar do trigemeo, symetrico, quasi do mesmo tamanho, collocando-se á parede lateral da sella turcica. A hypophyse craneana está normal. Retirando-se a hypophyse, encontra-se uma lamina fina de osso, correspondente ao osso da base da sella turcica, e por baixo della a cavidade esphenoidal dilatada e inteiramente invadida pelo tumor. Na parte pharyngiana acha-se toda a região spheno-palatina e pharyngiana tomada pelo tumor, que se continua em forma de um bloco solido de cerca de 5 cms. de altura até o foramen occipital, acompanhando a base do craneo e destruindo uma grande parte do osso em seu percurso. Tambem, toda a região visinha da hypophyse pharyngiana está invadida e alterada pelo tumor.

No pharynge, a mucosa se apresenta com degeneração pseudo-mucinoso muito accentuadamente, formando nodulos até do tamanho de uma cereja, alteração esta dependente de perturbações circulatorias.

No que diz respeito á parte histologica, nos utilizamos do Kaiserling para fixação, da paraffina para inclusão e das colorações pelo hemalumen-eosina, Van Gieson e Unna-Tänzer.

Praticamos córtes em diversas alturas do tumor, nos ossos visinhos, nos nervos, nos ganglios nervosos, nas metastases ganglionares regionaes.

Para pesquisa da hypophyse pharyngiana, nos servimos da technica aconselhada por Haberfeld: desarticular a mandibula inferior, retirar uma grande parte do septo nasal e da abobada palatina para se chegar á abobada pharyngiana, dissecar do vomer osseo todo o tecido acima d'elle, immediatamente ao osso, e todo o tecido na sua inserção na base do osso esphenoide, deixando este osso nú, até um cm. para diante.

Grande numero de córtes seriados praticados neste bloco de tecidos nos revelou a existencia apenas do tumor com os caracteres communs ás preparações das outras regiões, sem se encontrar residuos ao menos da antiga hypophyse pharyngiana. O tumor é um carcinoma plano-cellular como todos os caracteres do typo medullar. São cordões cellulares de aspecto e tamanho diversos, limitados por tecido collageno, aqui fibrillar, alli mais espesso, no meio do qual correm capillares e precapillares sanguineos. Principalmente neste tecido ha uma sorprendente abundancia de pequenas cellulas, com prevaecimento plasmacellular, que em muitos pontos têm orientação perivascular. De modo menos intenso, nota-se a mesma infiltração parvicultural entre as cellulas tumoraes.

Com augmento pequeno e grande, difficilmente é dado distinguir o limite certo de uma cellula carcinomatosa de outra limitrophe. O que resalta é um conjuncto de nucleos immersos num "syncytium" protoplasmatico. O tamanho das cellulas varia muito, desde 10, 12 até 24 e mais micra.

O protoplasma, corando-se regularmente pela eosina, apresenta-se granuloso e ás vezes vacuolizado.

O nucleo é vesiculoso, de forma arredondada ou oval, geralmente pobre em chromatina, finamente distribuida, mais condensada na peripharia nuclear, com 1, 2 e mais nucleolos. Seu tamanho é variavel, desde o de um nucleo de uma plasmazellen até 3, 4 vezes maior, prevalecendo o de duas e meia vezes o de um nucleo plasmacellular.

Notam-se processos regressivos protoplasmicos e nucleares: hyalinização, inchação turva, degeneração gordurosa, caryorrhesis, caryolyse.

Não ha signaes de pontos protoplasmaticos intercellulares. Notam-se mitoses, das quaes algumas atypicas e asymetricas. No osso se observam os communs processos de destruição. A mesma destruição e substituição por tecido tumoral se vê nas metastases ganglionares. Nota-se compressão accentuada do ganglio de Gasser, apresentando-se suas cellulas com aspecto alongado, compressão e infiltração carcinomatosa dos nervos comprehendidos na zona tumoral. As grandes arterias limitrophes mostram a mesma infiltração na adventicia.

Com os dados colhidos no estudo macro e microscopico nos é dado mais ou menos nos orientar na pesquisa de onde o tumor teve seu inicio e por onde se estendeu para invadir a base craneana.

Tratando-se de um tumor de natureza epithelial, que cresceu no sentido da linha mediana, distribuindo-se symmetricamente de um lado e de outro, só é logica a hypothese de que se desenvolveu á custa de uma das duas hypophyses, craneana ou pharyngiana, ou á custa de ilhotas de epithelio chato isolado ao longo do antigo ducto craneo-pharyngiano, que no embryão atravessa a espessura do osso esphenoido.

O facto de se ter encontrado a cavidade do esphenoido sómente dilatada pela massa blastomatosa nella contida, porém com as paredes osseas mais ou menos conservadas, prova que o tumor não se iniciára neste ponto, mas que fôra secundariamente invadido.

Tambem deve ser rejeitada a hypothese do inicio partir da hypophyse craneana, por se a ter encontrado normal. Logo, o tumor se originou ou da hypophyse pharyngiana ou de cumulos cellulares aberrados situados entre esta e a base do osso esphenoidal. Comprehende-se a difficuldade de semelhante determinação topographica; tanto mais que nesta região nota-se exclusivamente tecido tumoral. Assim, a neoplasia, com muita probabilidade, partindo deste ponto mediano se estendeu por baixo da dura-mater até o foramen occipital, penetrando na cavidade craneana posterior e expandindo-se, sem perfurar a dura-mater, até os processos clinoidéos posteriores, destruindo-os. Em ambos os lados, o tumor penetrou atravez dos buracos das azas do esphenoido, sobretudo atravez do oval, formando, dest'arte, as duas producções lateraes e symmetricas das cavidades craneanas medias.

Para diante, cresceu, atravessando o foramen esphenoidal dos dois lados e penetrando secundariamente na cavidade esphenoidal.

Sómente desta forma se explica o facto do tumor não ter destruido as paredes osseas esphenoidaes.

BIBLIOGRAPHIA

- L. Aschoff** — Pathologische Anatomie.
A Biedl — Innere Sekretions.
A. C. Bruni — a) Aus der Internationalen Monatsschrift für Anatomie und Physiologie — XXXI — 1914.
 — b) Archivio Italiano di Anatomia e di Embriologia. Vol. XV — 1917.
W. Haberfeld — a) Die Rachendach hypophyse — Ziegl 46.
 — b) Zur Pathologie des Canalis cranio-pharyngeus — Frankf. Zeitschr. f. Path. 4.
 — c) Zur Histologie de Hinterlappens de Hypophyse, An. An. 35.
G. Masera — Über eine interessante Geschrust der Schädelbasis — Virchows Archv. — 1919.
N. Pende — Endocrinologia Patologica e Clinica.

Doença de Rustizky-Kahler

(myeloma)

Resumo da these de doutoramento do Dr. Ernesto de Souza Campos preparador da cadeira de Histologia da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo; approvada com grande distincção e louvor, premiada pela S. Medicina e Cirurgia de S. Paulo (Premio Dr. Sergio Meira).

O auctor começa o seu trabalho, determinando as differentes denominações que tem tido o myeloma multiplo que elle chama doença de Rustizky-Kahler, prestando assim homenagem ao auctor (Rustizky) que, pela primeira vez, isolou esta entidade morbida em 1873 (Deutsch Zeitschr. f. Chirurgie.)

Faz em seguida um rapido historico e completa o 1.º Capitulo da sua obra, resumindo os trabalhos publicados sobre o assumpto: Bence Jones (1848); Rustizky (1873); Arnold (1873); Buch (1873); Sudhoff (1873); Grawitz (1879); Nasse (1883); Runenberg (1883); Waldestein (1883); Zahn (1875); Marchand (1886); Coates (1891); Pertik (1888); Kahler (1889); Israel (1890); Stokiwis (1891); Kudrewetzky (1892); Wieland (1893); Odenius (1894); Herrick und Hectoen (1894); Spiegelberg (1894); Hammer (1894); Marckwald (1895); Dittrick (1896); Dubost (1897); Sussmann (1897); Ewald (1897); Bozzolo (1897); Seegelken (1897); Rosin (1897); Parkes Weber (1898); Bradshaw (1898); Ellinger (1899); Baumgarten (1898); Askanazy (1899); Senator (1899); Buchstab und Schaposchnikow (1899); Winkler (1900); Sorge (1900); Funkestein (1900) D'Allocco (1900) Flora (1900); Donetti (1901); Hamburguer (1901); Wieland (1901); Veuturi (1901); Barr (1901); Mac Callum (1901); Blair (1901); Conti (1902); Bechtold (1902); Bell and Keenau (1902); Wright (1902); Jochmann und Schumm (1902); Bonardi (1903); Harbitz (1903); Micheli (1903); Saltikow (1903); Vignard et Gallavardin (1903); Abrikossoff (1903); Anders Boston (1903); Sternberg (1903); Bradshaw (1903); Dick (1904); Jellineck (1904); Zininger (1904); Ribbert (1904); Meltzer (1904); Hoffmann (1904); Bruce et Lund (1904); Bertoye (1904); Austin (1904); Shelle und Herxheimer (1904); Sternberg (1904); Weiss (1905); Moffatt (1905); Wein (1905); Kalischer (1905); Collins (1905); Norris (1906); Nonner (1906); Menne (1906); Lubarsch (1906); Aschoff (1905); Helly (1906); Verebély (1906); Gluzinski u. Reichenstein (1906); Quackembo (1906); Degli Occhi (1907); Charles und Sanguinetti (1907); Ueber u. Hueter (1907); Brown (1907); Christian (1907); Permin (1907); Scarlini (1908); Schmidt (1908); Heyde (1908); Bessethagen (1908); Albert Herz (1908); Benda (1908); Beitzke (1908); Carl Hart (1909); Weber and Sednigham (1909); Pede (1909); Djaliti (1910); Tschistowitsch u. Kollessnikoff (1909); Enochim u. Sabolotnou (1910); Berblinger (1910); Bevacqua (1910); Finker (1911); De Benzi (1911); Williard (1911); Conti (1911); Lughetti (1911); Werd (1911); King; Simmonds (1912); Klebs Schmorl (1912); Versé (1912); Kichensky (1912); Shennan (1913); Schutz (1913); Graves (1913); Meyer (1913); Ueckorsulmer (1913); Warstat; Caporali; Hirschfeld (1914); Perry u. Pearce (1917); Haberfeld e Lordy (1917).

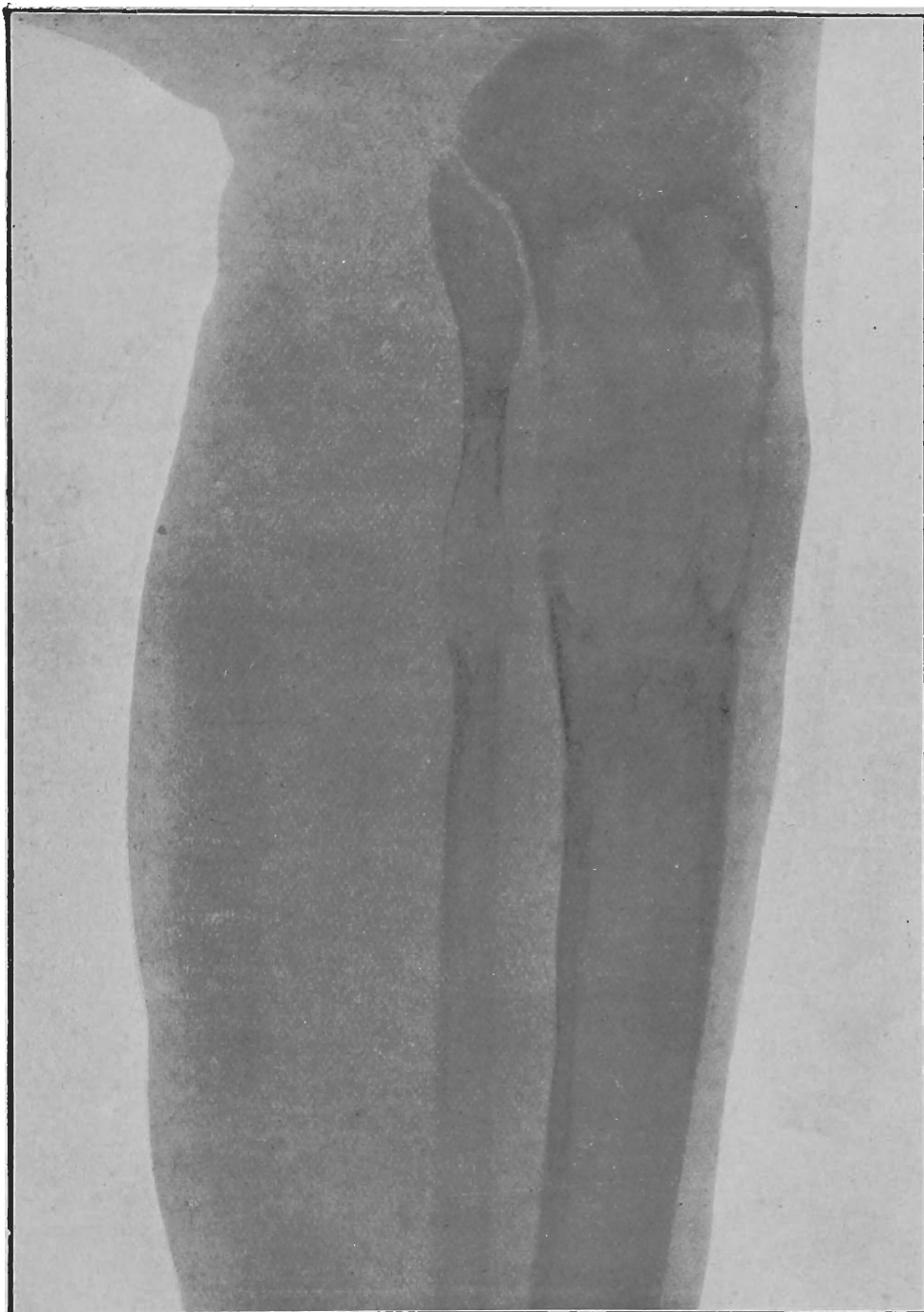


FIG. I

Radiographia do terço superior da perna direita

(a parte superior do espaço claro corresponde ao que está assinalado com a designação *m 4* na FIG. V)

Observam-se dois grandes focos myelomatosos na parte superior da tibia e do peroneo — produzindo a rarefacção ossea da substancia compacta — e a propagação do processo para a parte inferior dos mesmos ossos. Houve fractura espontanea no lugar correspondente a estes dois grandes focos de myeloma.

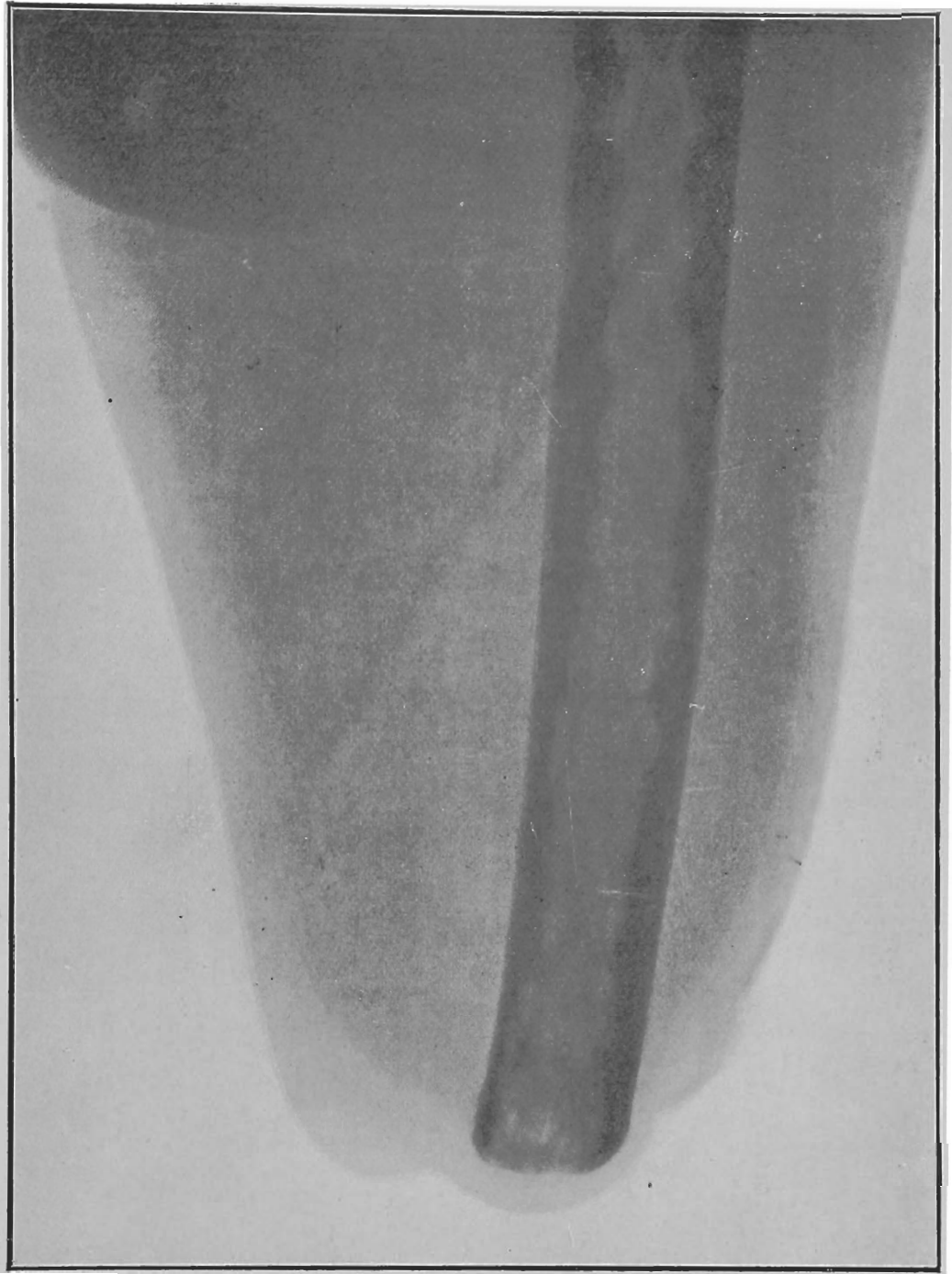


FIG. II

Radiographia do segmento superior do femur depois da amputação

Nota-se a extensão difusa do myeloma mesmo no lugar da direse.

No Capitulo II o A. descreve minuciosamente a observação clinica do caso que estudou relatando os resultados dos exames de laboratorio, especialmente os exames de sangue e urina. Consta do relatorio que o doente recolheu-se ao Hospital Central da Santa Casa de Misericordia desta cidade em Agosto de 1916 apresentando uma rarefacção ossea, revelada pela radiographia, no terço superior da perna direita, attingindo a tibia e o peroneo em uma extensão de cerca de 8 centímetros.

Quando o doente retirava-se do Hospital por se ter recusado ao acto operatorio, houve fractura dos dois ossos exactamente na região citada. No dia seguinte realizou-se a intervenção cirurgica e o segmento amputado foi enviado ao Instituto de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina onde foi estabelecido o diagnostico de myeloma. Depois de ter feito varias passagens pela 3.^a Enfermaria de Clinica Medica veio o doente a fallecer em 26 de Abril de 1917, sendo o cadaver enviado ao mesmo Instituto de Anatomia Pathologica onde foi realizada a necroscopia.

Transcrevemos os resultados do exame anatomo pathologico do membro amputado.

EXAMES ANATOMO-PATHOLOGICOS.

“O segmento amputado foi submettido a exame macro e microscopico, no Instituto de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina e Cirurgia, pelos professores W. Haberfeld e Ayrosa Galvão, por nós auxiliados.

Exame macroscopico. (VIDE FIGURA V)

Dissecadas as partes molles, verificou-se que havia fractura completa, irregular, dos dois ossos da perna, sem penetração de fragmentos. Os ossos foram serrados em sentido frontal. (VIDE FIGURA V.)

Femur. — O fragmento do femur media 12 centímetros de comprimento. A substancia compacta da face anterior do osso, muito rarefeita, permitiu a formação de uma pequena saliencia em arco. Logo abaixo do ponto em que foi praticado o corte do osso, notava-se uma formação ovoide (5 cents. \times 25 mm.) de côr vermelha intensa, tendendo para roseo cinzento, na peripharia. Na epiphyse, outra pequena formação de aspecto semelhante (1 cm. \times 7 mm.)

Tibia e peroneo. — Juxtapostos os dois fragmentos da tibia fracturada, observava-se que a fractura se déra através de uma substancia tumori-forme de côr vermelha intensa, de fórmula oval (8 centms. \times 4,5 cents.) pouco consistente, que substituiu a medulla normal e o tecido osseo esponjoso, (inteiramente desaparecido) invadindo lateralmente a substancia compacta, já muito adelgada.

Na epiphyse da tibia, outras duas massas tumoriformes de aspecto semelhante (7 mm. \times 5 mm.) (4 mm. \times 2 mm.)

No peroneo, havia substituição analoga no ponto da fractura e, desde esse ponto até a epiphyse, a medulla ossea tinha a côr vermelha.

Foram examinados os esfregaços da medulla ossea pathologica, tomados em diversas partes, caracterizadas pelo colorido variado. Na parte branca da neoformação, notavam-se muitos globulos vermelhos, alguns normoblastos e, entre as cellulas brancas, muitos leucocytos eosinophilos, myelocytos eosinophilos e myeloblastos com nucleo mais ou menos corado.

Na parte vermelha, os myeloblastos adquiriam posição preponderante, havendo, além destes myeloides agranulados, hematias e algumas outras cellulas.

A parte vermelha escura da massa tumoriforme é composta sómente de elementos vermelhos e sobretudo de myeloblastos.

A fina estructura das cellulas, que compõem o tecido neoformado, será estudada no capitulo III."

Do pormenorizado relatorio da necropsopia transcrevemos apenas os trechos mais interessantes.

"*Cranco.* Diametro antero posterior maximo, maior que o transverso maximo. Fôrma dolichocephalica.

Abobada do cranco.— Espessura: 4 mm. a 5 mm.

a) *face externa.*— No osso parietal, proximo á sutura sagittal, uma saliencia de fôrma arredondada, com 3 centimetros de diametro, de côr vermelha escura, consistencia molle, havendo uma falta de substancia ossea, comprehendendo a taboa externa e a diploe, já se tendo iniciado a destruição da taboa interna.

b) *face interna.*— Ha uma perda de substancia na loja da ramificação da arteria meningéa média, de fôrma mais ou menos circular, com o diametro de 5 centimetros mais ou menos.

As bordas da excavação são obliquas. Houve destruição da taboa interna, diploe, sendo attingida, incipientemente, a taboa externa.

A falta de substancia corresponde exactamente a um tumor de côr vermelha-escura, que ficou adherente á dura mater. No osso parietal esquerdo, ha um fôco myelomatoso que foi interessado no córte classico da abobada craneana. (VIDE FIGURA VII.)

Dura mater. Tenra, liza, humida, conservando adherente o tumor acima mencionado. (VIDE FIGURA VIII.)

Cerebro. Peso: 1.350 gs.

Leptomeninges espessadas, arterias tenras, veias pouco injectadas, consistencia pouco augmentada.

Superficie do córte humida, não sendo notados pontos de sangue; ventriculos vasios, téla choroidéa de côr rosa pallida.

Os córtes classicos nada apresentaram de anormal.

Pulmão esquerdo. Volume normal 20 cents. X 15 cents. X 7 cents. Consistencia augmentada, côr de rosa clara na parte superior, muito azulada na inferior.

Córte. Superficie lisa, côr vermelha acinzentada; sahe, pela expressão, muito liquido arejado.

Pulmão direito. Volume augmentado 23 cents. X 17 cents. X 17 cents. Adherencias á caixa thoraxica, na parte superior. Os lobos superior, médio e inferior adherentes por meio de uma membrana lacerada.



FIG. III

Radiographia do humerus esquerdo

Nota-se como o myeloma se diffunde substituindo e rarefazendo a substancia ossea esponjosa e em parte a compacta.

Superfície opaca no lobo superior—liza e brilhante no inferior. No lobo inferior, muitas manchas pequenas de cor vermelha e no superior, de cor vermelha cinzenta. Consistência muito aumentada.

Côrte. Superfície de cor vermelha acinzentada, opaca, granulosa; pela expressão, não se obtém sangue. Os ganglios broncho-pulmonares têm muito pigmento anthracotico.

Esterno.—Na face posterior do esterno—parte média—nota-se uma saliência com a espessura de 2 centímetros, tendo 9 centímetros de extensão, no sentido do maior diametro do osso e 5 centímetros no sentido transversal, pouco consistente e de aspecto irregular.

Retirado o periosteo, encontra-se quasi todo o tecido osseo normal e a medulla ossea, (nos limites já descriptos) substituidos por massa estranha, de cor vermelha escura, com pontos mais escuros.

Ha destruição do tecido osseo esponjoso e da lamina compacta posterior, que está delgadissima e com falta de substancia em alguns pontos.

Ha uma fractura irregular na parte média da elevação descripta, dirigindo-se o traço de fractura, obliquamente, da direita para a esquerda e de cima para baixo. V. em seguida, a descripção do córte histológico.) (VIDE FIGURA IX.)

Columna vertebral.—O corpo da primeira vertebra lombar está quasi completamente destruido e substituido pela massa tumorigenica anteriormente descripta.

Osseo coxal.— Na fôssa iliaca externa, mais precisamente na zona média, proximo á linha semicircular anterior, ha uma destruição da lamina compacta externa e do tecido osseo esponjoso e, nos logares correspondentes, apparece a massa tumorigenica já descripta.

OSSOS DOS MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES.

a) *Tibia esquerda.* (VIDE FIGURA X.)

Nos dois terços superiores do osso, todo o tecido esponjoso e a medulla ossea normal estão substituidos pela massa de cor vermelha escura, com pontos mais escuros, bastante consistente.

Observa-se que, em muitos pontos, a massa tumorigenica invadiu a substancia compacta, substituindo-a. Na extremidade superior do osso, a invasão foi mais accentuada, estando, em grande parte, destruida a substancia compacta. (Vide fig. XIV.) (Côrte histológico.)

Tibia direita.— Já anteriormente descripta.

Peroneo direito.— Já descripto.

Femur direito.— Amputado no terço inferior. (Vide fig. XI.)

O tecido esponjoso e a medulla ossea normal, inteiramente desaparecidos e suppridos pela massa estranha descripta.

Houve tambem invasão da substancia compacta, mais accentuadamente no collo do femur. Entre a cabeça femural e o grande trochanter, o desaparecimento da substancia compacta produziu o encurtamento do collo anatomico. No ponto da amputação, ha um callo osseo, duro, quasi desaparecido. (Vide fig. XIII, córte histológico.)

Femur esquerdo.— Toda a medulla ossea está nas condições anteriormente descriptas.

Ao nível do collo cirurgico do femur e para o seu lado externo, ha uma parte tumoral mais escura, com as dimensões de 4 cents. X 2 cents., que, invadindo a substancia ossea compacta, deixa-a reduzida a uma tenue lamina flexivel.

Na extremidade inferior, ao nível do triangulo popliteo, ha uma porção mais escura, com as dimensões de 5 cents. X 3 cents., que produziu a demolição quasi completa do tecido osseo compacto.

Humerus direito. — Mesmo aspecto, havendo ligeiras destruições de tecido osseo compacto.

A parte esponjosa da cabeça e da extremidade inferior parece poupada.

Humerus esquerdo. (Vide fig. X.)

O processo é mais accentuado.

Na união do terço superior com os dois terços inferiores, nota-se uma região mais escura, com as dimensões de 2 centímetros X 1,5 centímetros.

Radius esquerdo. — O mesmo processo. A parte anterior da substancia compacta da cupula radial está quasi destruida.

Si bem que, em menor escala, toda a parte anterior do terço superior da diaphyse radial apresenta o mesmo aspecto.

Radius direito. — Mesmo processo, mais accentuado no terço superior.

Invasão accentuada da parte compacta da cúpula radial.

Cubitas esquerdo. — Mesmo processo. Um foco mais escuro de 3 centímetros de diametro, na união do terço superior com os dois terços inferiores.”

Segue-se um circunstanciado estudo histo-pathologico do qual destacaremos os pontos mais importantes.

“II. — MEDULLA ESPINAL.

a) *Medulla dorsal superior.* — Hematoxylina-eosina.

LEPTOMENINGES.

Tanto nas leptomeninges, como nas raizes nervosas, as lesões são muito accentuadas.

Observámos uma infiltração consideravel das membranas envolventes e das raizes nervosas. As cellulas dessa infiltração, na sua grande maioria, são leucocytos neutrophilos.

A intensidade da infiltração é a mesma em toda a circumferencia da medulla.

Nota-se um edema muito accentuado das leptomeninges. Os vasos sanguineos estão muito injectados e os globulos brancos, muito abundantes, acham-se collocados em posição marginal e alguns permigram as paredes vasaes.

Substancia branca e substancia cinzenta.

Toda a medulla — tanto a substancia branca, como a substancia cinzenta, — apresenta uma proliferação cellular, bem visivel, sobretudo nos cordões anteriores e lateraes.

O canal central, muito nitido, tem uma luz muito larga. As cellulas ependymaes estão bem conservadas.

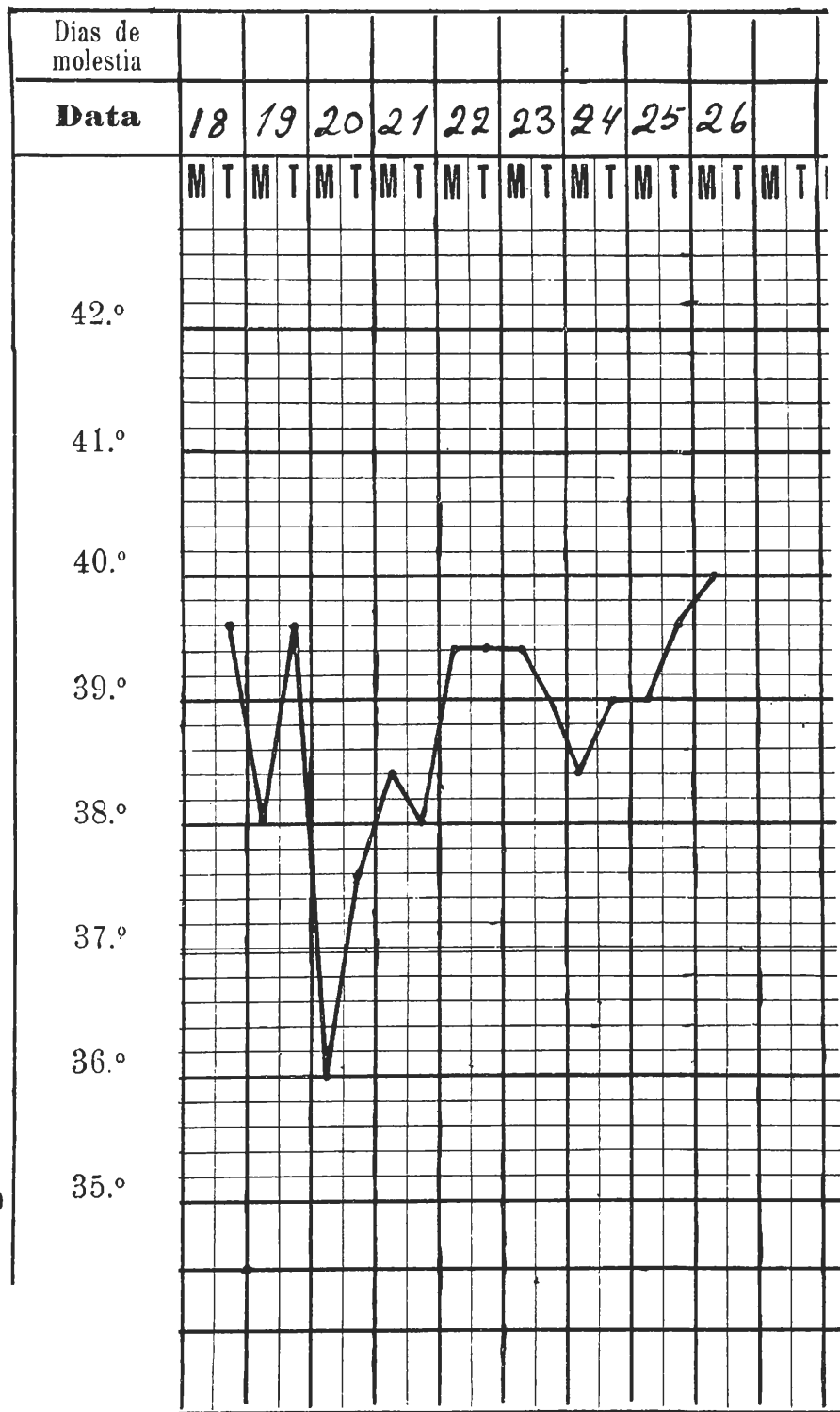
Todos os vasos sanguineos, sobretudo da substancia cinzenta, mostram-se muito injectados e na substancia branca têm uma infiltração cellular perivascular.

As cellulas dos cornos anteriores não apresentam lesões bem reconheciveis.

HOSPITAL DA SANTA CASA DA MISERICORDIA DE S. PAULO
 Enfermaria 3.^a de clinica medica

Leito N. 30

NOME *L. G.*



As cellulas da columna de Clarke estão bem conservadas, havendo apenas algumas, com o corpo tigróide um pouco apagado.

A substancia gelatinosa de Rolando está muito rica em cellulas.

Notamos ainda, na substancia branca, degeneração hydropica de muitas fibras nervosas e algumas vezes, o cylindro-eixo, dentro de uma cavidade, do tamanho de uma cellula adiposa.

— Em outro cóрте histológico, corado pelo methodo de V. Gieson, nada mais foi encontrado, além do que já foi descripto.

b) *Medulla cervical*. — Hematoxylina-eosina.

Mesmo processo inflammatorio, muito accentuado.

c) *Medulla sacral superior*. — Hematoxylina-eosina.

As mesmas lesões, mais accentuadas na parte posterior.

NOTA. — Em toda medulla, os fibroblastos apresentam grande quantidade de pigmento melanico.

IV. — PULMÃO. — Hematoxylina e eosina.

Os alveolos, muito dilatados, são tomados por massas fibrinosas, grande numero de globulos vermelhos e poucos leucocytos polymorpho-nucleares neutrophilos. Observam-se algumas cellulas alveolares, descamadas.

Os septos alveolares, bem estreitos, com capillares que quasi não contém sangue.

Em varios pontos, ha depositos de pigmento anthracotico.

— Em outro cóрте, do pulmão, as cellulas brancas já são mais accentuadas. Notam-se escassos depositos calcareos, nos septos alveolares.

V. — BAÇO. — Hematoxylina-eosina.

A estrutura é pouco visivel, por causa da grande quantidade de sangue, havendo hemorragias diffusas no parenchyma esplenico.

Os corpusculos de Malpighi estão atrophados. A polpa vermelha está muito rica em globulos vermelhos e cellulas da polpa e os seios esplenicos, pouco ou nada visiveis.

Ha grande quantidade de pigmento hemosiderotico, intra e extra-cellular.

VI. — FIGADO. — Hematoxylina-eosina.

A estrutura está em grande parte desaparecida, sendo muito consideravel o augmento de sangue, nos capillares hepaticos.

As trabeculas hepaticas estão muito atrophadas, por compressão. No tecido periacinoso, ha uma pequena infiltração parvicellular.

Cóрте histológico, corado pelo acido osmico.

As gotticulas de graxa destacam-se nitidamente, (coradas em negro) nas cellulas hepaticas da periphéria dos acinos.

VIII. — ESTOMAGO. — Hematoxylina-eosina.

Entre as glandulas do fundo do estomago, notam-se incrustações calcareas, relativamente abundantes.

XI. — RIM. — Hematoxylina-eosina.

Os glomerulos estão em começo de fibrose e os vasos sanguineos, injectados. O tecido intersticial está um pouco proliferado. Quasi todos os tubulos renaes estão cheios de cylindros hyalinos, intensamente corados pela eosina.

Em diversos tubulos notam-se pequenos blócos agglomerados de substancia calcarea, que, ás vezes, obstroem-n'os completamente. (Vide figura XII.)

XII. — RIM. — Acido osmico.

Glomerulos e tubulos renaes estão polvilhados de pequeninos pontos negros, resultantes da reacção do acido osmico sobre as gotticulas de graxa.

XIII. — MEDULLA OSSEA DO RADIO. — Hematoxylina-eosina.

Córte histologico da medulla ossea do radio, praticado em um fóco distinguivel macroscopicamente pela coloração vermelha-escura intensa.

O exame permittiu a averiguação dos seguintes elementos:

— a) cellulas adiposas conservadas e em destruição, representando os restos da medulla antiga.

— b) agglomerações de saes calcareos, formando blócos grosseiros.

— c) vasos venosos, arterias e arteriolas, cercadas por tecido conjunctivo frouxo, bem desenvolvido.

O sangue intravascular não apresenta anormalidade em sua composição, não havendo invasão das cellulas tumoraes, no tecido circulante.

d) elementos sanguineos, entre as cellulas tumoraes, attestando uma hemorragia diffusa.

— c) myeloblastos muito numerosos, com um, dois e tres nucleos, attingindo algumas dessas cellulas agranulosas, 10 micra de diametro.

Essas cellulas geralmente, muito intimamente agrupadas, têm o tamanho médio de 2 a 3 vezes o diametro d'um globulo vermelho.

O protoplasma, uniformemente corado pela eosina, não apresenta granações.

Alguns myeloblastos têm 2 a 3 nucleolos e são frequentes as mitoses. Não existe substancia fibrillar intercellular.

XIV. — MYELOMA DA ABOBADA CRANEANA. — Hematoxylina-eosina.

Córte histologico do myeloma da calota craneana, que na necroscopia se destacou, ficando adherente á dura-mater.

— A fina estructura é a mesma já descripta no corte anterior, notando-se, apenas, maior quantidade de sangue intercellular.

Numerosas cellulas myelomatosas estão em destruição por caryorrhesis. O arcabouço é apenas representado por vasos capillares e pré-capillares.

XV. — MYELOMA DA ABOBADA CRANEANA. — Acido osmico.

Raras cellulas apresentam, no seu interior, pequenos pontos negros, resultantes da reacção do acido osmico sobre gotticulas finas e multiplas de graxa neutra.

A grande maioria das cellulas não apresenta essa reacção.

— Nos demais ossos, a medulla tem a mesma estructura histologica.

XVI. — ESTERNO. — Hematoxylina-eosina.

O tecido osseo está quasi desaparecido, notando-se apenas, raras trabeculas muito finas, com poucas cellulas e sem estructura lamellar visivel. Ao redor das trabeculas, e entre ellas, assentam as cellulas myelomatosas e pouco tecido fibroso. Granulações de pigmento anthracotico entremeiam as cellulas do myeloma, mais ou menos uniformemente espalhadas.

Na periphèria do preparado histologico, ha cartilagem hyalina, com processo de ossificação endochondral.

Este processo, muito pouco accentuado, consiste mais em uma calcificação da cartilagem, do que na producção de verdadeiro tecido osseo. A parte medullar dessa ossificação é formada — na cartilagem proxima — por tecido fibroso pobre em vasos e em cellulas e, na cartilagem distante, está inteiramente misturada e sem limites com as cellulas do myeloma.

Ha formação franca de muito tecido chondro-osteoides, verificando-se nitidamente como o tecido cartilaginoso, proliferado e em parte calcificado, transforma-se directamente em tecido de estructura ossea.

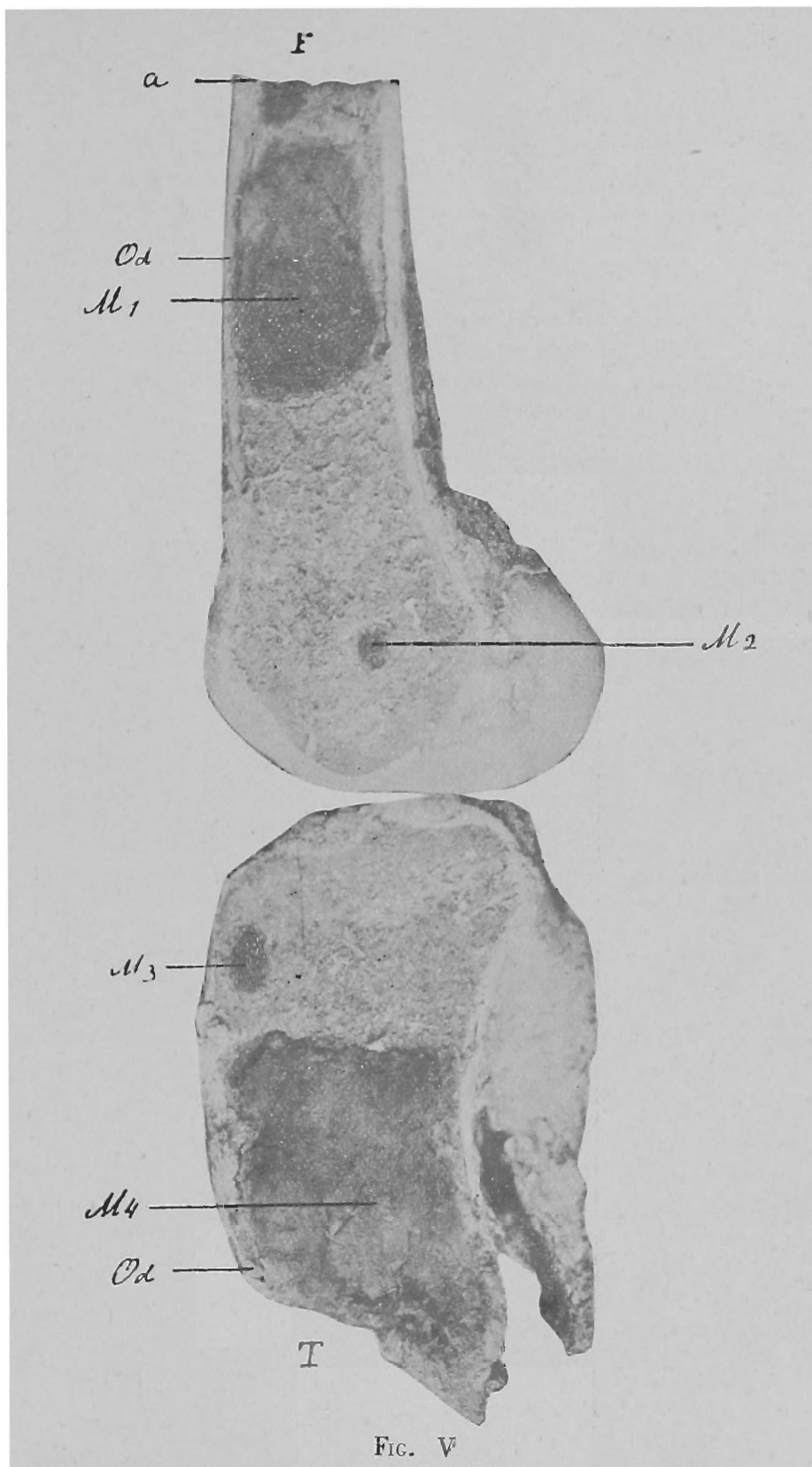


FIG. V

Parte amputada do membro inferior direito acima da fractura

- (*M 4*, corresponde á parte superior do espaço claro da tibia direito revelado pela radiographia — FIG. I).
 O contorno irregular inferior foi produzido pela fractura.
F — Extremidade inferior do femur (amputado)
a — diereze; *Od* — osso destruido pelo myeloma;
M 1 — Myeloma situado logo abaixo do ponto de amputação;
M 2 — Myeloma pequeno.
T — Extremidade superior da tibia (fracturada)
M 3 — Myeloma pequeno;
M 4 — Myeloma existente no lugar da fractura;
Od — Osso destruido pelo myeloma.

— Em outro córte do esterno, nota-se revestindo a parte ossea periphérica, uma camada muito fina de osso neoformado, assentando sobre uma fileira de osteoblastos. Essa orla tegmentaria do osso apresenta um colorido vermelho, mais intenso do que o do osso antigo.

XVII. — FEMUR. — Hematoxylina-eosina.

a) Collo do femur. Vide fig. XIII.

O tecido osseo esponjoso está completamente desaparecido e substituído pelo myeloma, que se apresenta com vasos de parede muito fina, de luz avantajada e plenos de sangue.

O tecido osseo compacto antigo está muito reduzido e em muitos lugares, sem os canaes haversianos; estes, quando existem, estão muito achatados.

Revestindo a parte periphérica do osso antigo, observa-se nitidamente, uma neoformação ossea, que se caracteriza por trabeculas osseas dispostas perpendicularmente á superficie do osso antigo (osteophyto) e deste separada por tecido conjunctivo, rico em cellulas.

O tecido osseo neoformado repousa sobre um órla osteoblastica, muito nitida.

b) *diaphyse do femur.*

Ha substituição das trabeculas osseas do tecido esponjoso, assestando-se, em seu lugar, o myeloma, com abundantes hemorragias diffusas e restos de cellulas adiposas. O tecido compacto, cuja superficie interna é irregular, não demonstra lesões histologicas. O processo myelomatoso ainda não chegou em contacto directo com a substancia ossea compacta, da qual está separado por uma faixa de tecido conjunctivo, prenhe de cellulas.

XVIII. — TIBIA. — Hematoxylina-eosina.

Estructura semelhante á do femur.

A substancia ossea muito reduzida, quasi sem canaes de Havers, dando mais o aspecto de osso reticular, do que de osso lamellar.

O osso continúa directamente com o myeloma, havendo na superficie de contacto uma bordadura osteoide, muito fina, de osso descalcificado. (Vide fig. XIV.)

XIX. — TIBIA. — (amputada.)

Histologicamente, o myeloma têm os caracteres já descriptos em outros ossos: cellulas intimamente agrupadas, tomando por isso, a fôrma polyedrica, com protoplasma quasi uniformemente corado pela eosina e sem granações. Não existe substancia fibrillar intercellular. Não ha invasão das cellulas sanguineas no sangue intravascular, cuja composição é normal. Ha hemorragias diffusas, entre as cellulas myelomatosas. Os vasos sanguineos são cercados por um tecido conjunctivo frouxo, bem desenvolvido.

XX. — PERONEO (amputado).

O quadro histologico é o mesmo: cellulas myelomatosas, pequenos vasos e globulos vermelhos.

A substancia esponjosa estando completamente destruída destaca-se entre o myeloma e a substancia ossea compacta, um fino fasciculo de tecido conjunctivo, falho em alguns pontos. Quasi não ha canaes de Havers e alguns estão cheios de cellulas myeloblasticas.

Na parte externa da substancia compacta, ha uma órla osteoblastica, estando os osteoblastos em elaboração de tecido osseo. O tecido osseo neoformado destaca-se bem do osso antigo, pela sua coloração mais clara.

Hypophyse. — No lobo anterior da hypophyse, ha prevalencia das cellulas acidophilas e, em alguns pontos, no estroma intracinoso, notam-se depositos de saes calcareos, geralmente de fórma alongada.

Ganglio de Gasser. — Na periphèria do ganglio, ha infiltração leucocytaria muito accentuada das leptomeninges, com verdadeiros focos de puz. A infiltração leucocytaria invade, em parte, o proprio ganglio nervoso.

Observam-se ainda agglomerados de areia cerebral, em fórma de corpos psammosos concentricos.”

O Capitulo III é reservado para o estudo das cellulas myelomatosas e delle faremos a transcripção integral.

“ESTUDO DAS CELLULAS MYELOMATOSAS.

1) FÓRMA E DIMENSÕES.

As cellulas que compõem o tecido medullar neoformado são todas idênticas entre si, salvo pequenas variantes do tamanho e do numero de nucleos e de nucleolos, como se vê perfeitamente pelo exame da figura VI. O diametro médio das cellulas varia entre 15 e 20 micra, attingindo, em alguns elementos cellulares, o dobro dessa dimensão.

Quando isoladas, ellas têm a fórma oval e, quando reunidas, tornam-se polyedricas, pela compressão que umas exercem sobre as outras.

O nucleo, que occupa mais ou menos a metade do corpo protoplasmatico, tem a fórma redonda e é geralmente collocado em posição excentrica.

O seu tamanho médio é comparavel ao de um globulo vermelho, alcançando ás vezes o dobro do diametro de uma hematia.

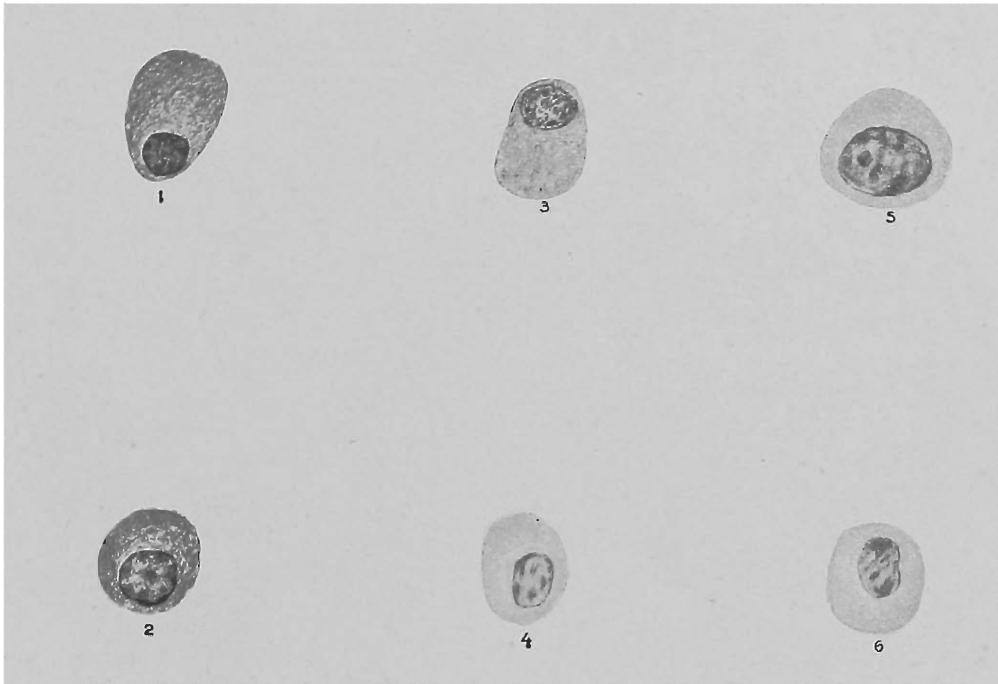
Ha ainda cellulas gigantes, com dois, tres e quatro nucleos, tendo estes até cinco micra de diametro.

2) ESTRUCTURA.

A estrutura nuclear varia conforme o methodo de coloração empregado. Pela coloração commum, com a hematoxylina-eosina, as cellulas tomam o aspecto total das *plasmazellen*. Ellas têm fórma oval e o nucleo, redondo e excentricamente collocado, é provido de numerosos granulos chromaticos, reunidos na periphèria, e que convergem para o centro, adelgaçando-se á maneira dos raios de uma roda.

Um exame mais particularizado demonstra, porém, que a grande maioria dos nucleos tem a estrutura chromatica bem mais fina e delicada que a das cellulas plasmaticas. Em redor do nucleo, distingue-se apenas uma delgada membrana e geralmente, elle tem um unico nucleolo; ás vezes, porém, sobretudo nas cellulas maiores, apresenta dois e, mais raramente, tres nucleos. Estes, pela coloração de Pappenheim (verde methyla-pyronina,) tomam a coloração vermelha intensa como se observa na figura que apresentamos.

Nos córtes histologicos, corados pelo processo commum, (hematoxylina-eosina), o protoplasma celular toma uma côr rosea bastante fórte, que não permite a apreciação das minucias, emquanto que, no esfregaço, corado pelos methodos especificos, elle se apresenta ligeiramente granuloso vacuolar, desenho este que se torna ás vezes bem evidente, na coloração de Pappenheim.



Coloração específica de Pappenheim para plasmazellen

(VERDE METHYLA PYRONINA)

Augmento: imersão.

- 1 e 2 — Plasmazellen de um fóco inflammatorio de medulla ossea, com protoplasma corado intensamente em vermelho e grosseiramente granuloso, mostrando bem a aureola clara em torno do nucleo que tem o arcabouço chromatico caracteristico, sobretudo em 2.
- 3 — Cellula do esfregaço do myeloma, mostrando um protoplasma de côr muito differente, diffusamente lilaz, com tons roseos.
- 4 — Cellula do myeloma, em corte histologico, apresentando um aspecto muito differente das cellulas 1 e 2, apesar de tratadas ao mesmo tempo, pelo mesmo processo.
- 5 e 6 — Cellulas do parenchyma medullar, da mesma medulla em que foram encontradas as plasmacellulas figuradas em 1 e 2. Nota-se a grande semelhança destas cellulas, com a cellula 4.

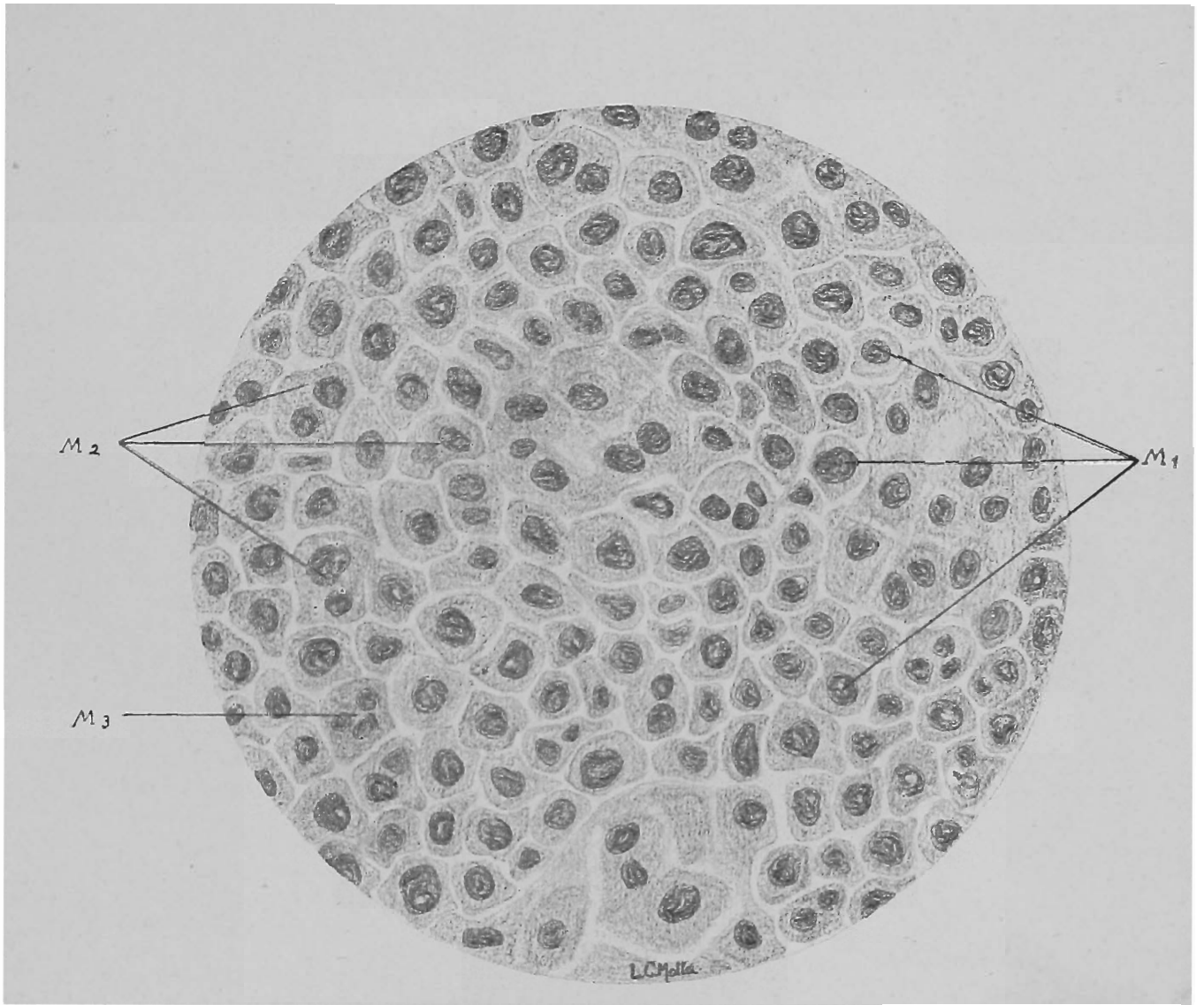


FIG. VI

Esfregaço do myeloma corado pelo corante de Leishmann;

Observa-se um polymorfismo celular muito accentuado.
Augmento: imersão.

- M 1* — Myeloblastos com nucleo unico.
- M 2* — Myeloblastos com dois nucleos.
- M 3* — Myeloblastos com tres nucleos.

O verde de methyla-pyronina, dá ao protoplasma das cellulas nos córtes histologicos, um tom azul lilaz as vezes rosa lilaz que é identico ao das cellulas dos esfregaços, jámais chegando a produzir o colorido vermelho escuro lucido tão caracteristico das *plasmazellen* (Vide fig. respectiva.)

Por acaso, tivemos á nossa disposição uma medulla ossea hyperplastica, com fóco de inflammação chronica, fixada do mesmo modo que a nossa medulla myelomatosa e que nos forneceu abundante material, para exame comparativo.

Em preparados obtidos por identico processo e corados simultaneamente pela coloração especifica de Pappenhein, que permite distinguir os elementos da série lymphocytaria dos elementos da série myelocytaria, conseguimos salientar perfeitamente a differença entre as nossas cellulas e as cellulas plasmaticas.

No fóco de inflammação da medulla ossea hyperplastica, a coloração especifica destacou nitidamente as cellulas de plasma, (Vide a figura) com todos os caracteres das *plasmazellen* de Unna-Marchalko, apresentando até a aureola perinuclear bem pronunciada.

Estas cellulas parenchymatosas da medulla hyperplastica, não coradas especificamente e, por isso bem destacaveis das *plasmazellen* de Unna-Marchalko, têm quasi perfeita semelhança com as do nosso caso, tanto em relação ao nucleo, com ao protoplasma e ao colorido lilaz azulado deste ultimo.

Para a reacção da oxydase, empregámos tambem o processo comparativo, fazendo actuar o reagente de Schutze (naphtol alpha e dymethylparaphenylendiamina), sobre esfregaços de sangue normal, de leucemia myeloide, de leucemia lymphatica, de myeloma e sobre córtes histologicos da neoformação medullar.

As cellulas da linha myeloide (leucemia myelogenica, e polymorpho-nucleares do sangue normal) tomaram a côr caracteristica e as cellulas da série lymphatica (leucemia lymphatica e lymphocytos do sangue normal) ficaram incolores, provando deste modo o valor do reactivo.

Nos córtes histologicos do myeloblastoma, sómente algumas cellulas de determinadas regiões dos preparados tomaram a coloração azul preto.

Examinando outros preparados de córtes em série pelo corante commum (hematoxylina-cosina) foi facil verificar que as cellulas que tinham soffrido a acção do indophenol synthetico eram leucocytos presentes nas hemorragias do myeloma.

Podemos, portanto, affirmar, categoricamente, que as cellulas do myeloma não deram a reacção da oxydase.

3) FIGURAS DE DIVISÃO.

Conseguimos observar figuras de divisão por caryocinese indirecta com relativa frequencia, apresentando-se no campo microscopico de augmento grande, até cinco figuras de mitose.

NOTA. — Salientamos que estes nossos estudos foram feitos em parte com material vivo (logo após a amputação da perna) e em menor parte, com material colhido na necroscopia.

4) NATUREZA DAS CELLULAS E CLASSIFICAÇÃO.

Vejamos agora, methodicamente, qual é a natureza das cellulas e em que grupo poderemos classificar o nosso caso.

1) *Erythroblastoma*.

As cellulas que, em essencia, constituem a neoformação medullar, não têm semelhança alguma com erythroblastos, nem possuem hemoglobina,

podendo portanto, ser logo excluído esse grupo constituído por Ribbert e do qual ha mais uma observação de Copelli em 1912, citada e resumida por Martelli.

Aliás, Ribbert, apesar da sua grande autoridade, tem sido fustigado pela critica de alguns autores, que não aceitam a identidade das cellulas do seu caso de myeloma, com os globulos vermelhos nucleados.

2) *Lymphocytoma* (Bignami, Grawitz, Wieland.)

Hirschfeld, (Kraus e Brughs 1915) nos seus commentarios sobre os myelomas lymphaticos ou lymphocytomas, diz que, muito provavelmente os myeloblastos foram confundidos com lymphocytos, pois "a verdadeira existencia de lymphocytos, na medulla ossea, é ainda muito combatida, embóra muitas vezes affirmada".

Diz mais o autor: "Os methods modernos de coloração e as reacções microchimicas, para distinguir lymphocytos e myeloblastos, foram applicados em poucos casos e nunca em myelomas, (o autor, naturalmente, desconhecia os casos em que o processo foi applicado), e, por isso, devemos considerar indecisa a questão, si existem myelomas multiplos de verdadeiros lymphocytos."

Em nosso caso, a classificação das cellulas entre os lymphocytos pode ser completamente afastada, não só pelo seu aspecto geral, muito differente, como tambem porque o largo anel de protoplasma não tomou o colorido vermelho especifico, com o emprego do verde de methyla-pyronina de Pappenheim.

3) *Myelocytoma*. (Beitzk, Albert Herz.)

A simples coloração pelo corante de Leishmann permitiu a exclusão dos granulocytos.

— Pondo de parte os casos mixtos, como por exemplo o de Versé (3.º caso), em que entram na composição da neoplasia, segundo a descrição do autor, cellulas muito variadas (myelocytos, myeloblastos, erythroblastos, lymphocytos, etc.) e os casos de erythromyeloblastoma, os primeiros não parecendo myeloma verdadeiro, e os segundos, melhor considerados como myelomas com diffusas hemorragias, só nos resta, por exclusão, estabelecer o diagnostico differencial entre os plasmocytomas e os myeloblastomas.

4) *Plasmocytomas e myeloblastomas*.

Até ha pouco tempo, os autores consideravam a maioria dos casos de myeloma como formados de cellulas myeloblasticas; porém, ultimamente, sobretudo por parte dos autores americanos, em grande numero de casos têm sido descriptas as *plasmazellen* como responsaveis pela proliferação medullar.

Podemos desde já dizer que, *a priori*, parece pouco provavel a frequencia tão pronunciada dos plasmocytomas, igualando ou sobrepujando os casos de myelomas, compostos de cellulas, que normalmente tomam parte na composição histologica da medulla ossea, como os myelocytos e myeloblastos.

Realmene, é muito mais natural que a proliferação medullar se faça á custa destas cellulas do que das *plasmazellen* que existem na medulla, em caracter muito accessorio.

Por outro lado, como as cellulas plamaticas existem em toda parte do organismo, entrando na constituição do tecido conjunctivo e de preferencia no estomago, intestino, nariz, etc., é difficil comprehender por que fica a proliferação plasmocellular, nos casos de myeloma, quasi exclusivamente restricta ao esqueleto e não sejam mais frequentes os plasmocytomas extramedullares.

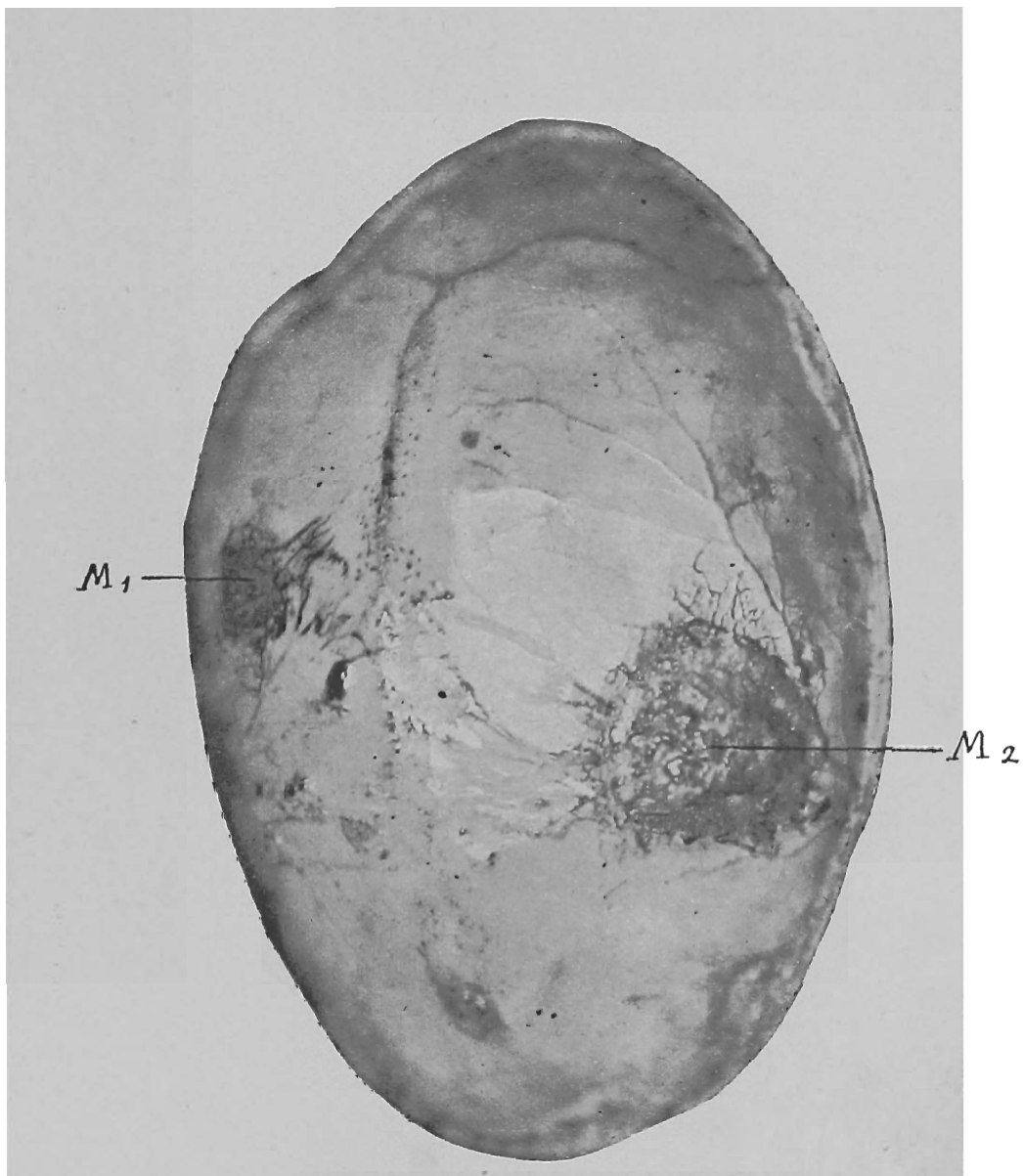


FIG. VII

Abobada do craneo

(superfície interna)

M 1 — Fóco Myelomatoso.

M 2 — Perda de Substancia, correspondente ao myeloma que ficou adherente á dura mater.

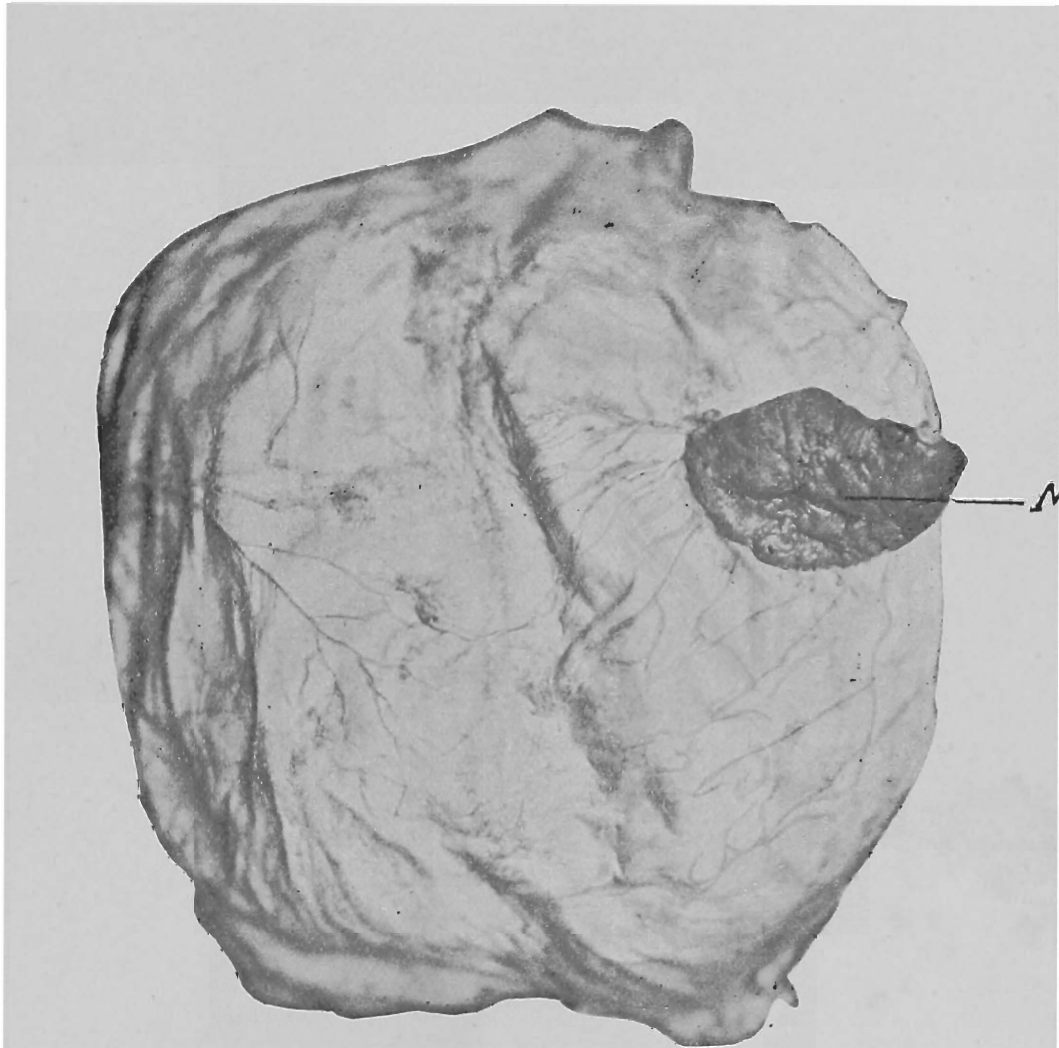


FIG. VIII

Dura-mater

M — Myeloma adherente á dura mater.

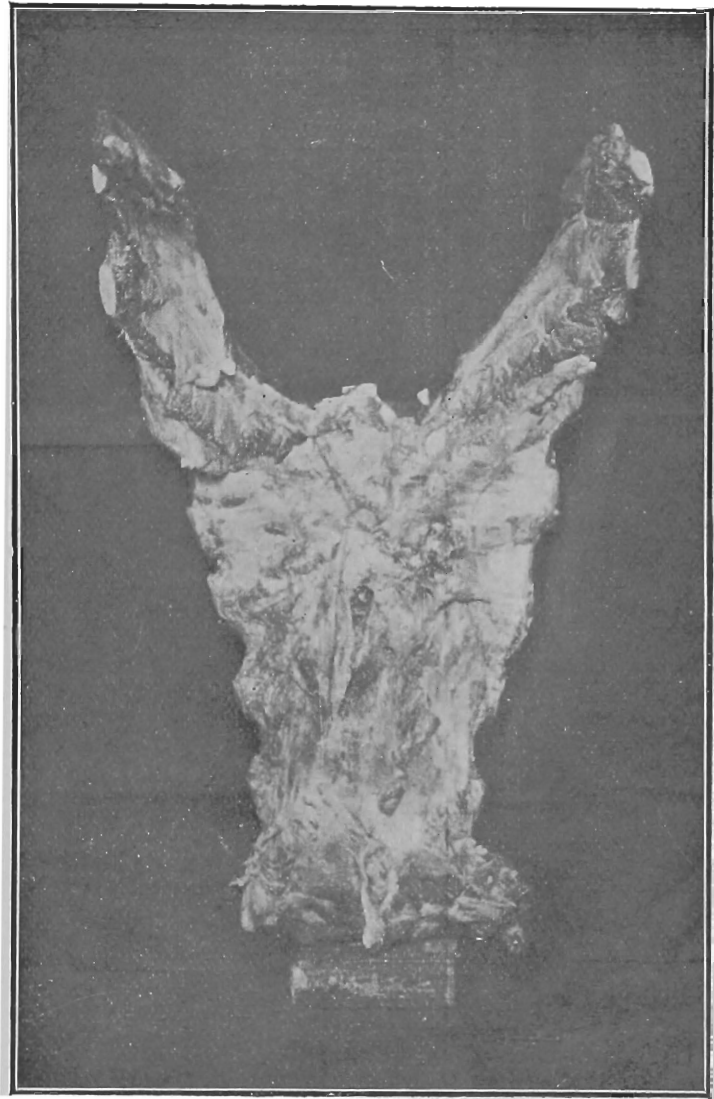


FIG. IX

Piastrão chondro esternal

(Superfície posterior)

Abrangendo o piastrão nota-se um tumor noduloso.
Ao natural a peça é mais interessante de que vista em photographia,
por não ser possível obtel-a de perfil.

Lembremos, ainda, que, em nosso caso, são abundantes as figuras de mitose e, si é verdade que Fusari, por exemplo, cita para as plasmazellen os dois typos de reproducção, não resta duvida que a sua divisão se faz geralmente por amitose.

Vejamos agora, si a descripção das cellulas do myeloma, mesmo nos casos que receberam a denominação de plasmocytomas, concorda com esse typo de classificação.

Alguns autores limitam-se a classificar as cellulas pelo aspecto que ellas tomam em córtes corados pelos processos communs, sem recorrer aos methodos especificos, ou fazem uma descripção tão superficial, que não é possivel verificar si ellas, de facto, pôdem ser incluídas entre as *plasmazellen*. (Versé I e II caso.)

Menne, (Virchows Archiv.) que fez um estudo especializado das cellulas do myeloma, dellas faz uma descripção que lembra as cellulas plasmaticas.

Fazendo actuar, sobre as mesmas cellulas, o corante especifico de Pappenheim (verde de methyla-pyronina), comprovou o autor a reacção negativa, excluindo assim as plasmazellen de Unna.

Depois de um longo estudo da fina estructura das cellulas, conclúe por classifical-as como antecessores agranulados dos myelocytos, isto é, myeloblastos.

O autor é de opinião que os plasmomas devem ser eliminados do grupo dos verdadeiros myelomas.

Mais ou menos do mesmo modo, se pronuncia Permim, (Virchows Archiv.) que, fazendo o estudo das cellulas dos seus tres casos de myeloma, salienta o seu aspecto de cellulas plasmaticas e demonstra, pela figura, a semelhança que ellas têm com as cellulas medullares normaes. Empregando varios methodos de coloração, exclúe as suas cellulas das *plasmazellen* de Unna-Marchalko, concluindo por classifical-as entre os antecessores agranulados dos myelocytos.

Autores como Abrikosow, Schütz, Djaliti, Berblinger, (1.º e 2.º caso) Menne, Martelli, Enochim e Sabolotnou, Tschistowitsch e Kolessnikoff, Carl Hart, Saltikow, Permim (3 casos) Scarlini, Charles e Sanguinetti, etc., classificaram as cellulas dos seus casos de myeloma, entre os myeloblastos. Sobre que base se assenta a opinião dos autores que sustentam o caracter plasmocellular dos seus casos de myeloma?

Martelli, (Le malattie del sangue e degli organi emopojetici) partidario do typo dos plasmomas, abre no seu livro um capitulo especial sob esta denominação, e resume algumas observações.

Referindo-se ao exame microscopico de uma observação de plasmoma, assim se exprime:

“O typo predominante é dado por uma grande cellula mononuclear, com grande nucleo redondo ou ligeiramente oval, geralmente excentrico e de abundante protoplasma homogeneo e, algumas vezes finamente granuloso.

O nucleo é rico de chromatina, que, nas fórmulas melhor conservadas, se dispõe claramente em roda de carro; é provido de um ou dois nucleolos grandes, redondos, intensamente acido-philos e situados quasi sempre no centro, para o qual convergem os raios chromaicos da roda.

Elle aceita todas as côres basicas da anilina e ainda a hematoxylina e o carmim; é, porém, *mal e difficoltosamente corado* pelo verde de methyla, talvez por causa da sua má fixação.”

“*Não foi possivel obter bom resultado com a mistura verde methyla pyronina de Pappenheim*”, “si bem que o protoplasma tomasse uma tinta rosea, porém differente da côr esplendente typica das *plasmazellen*.”

O autor também não obteve uma clara redução do azul de indo phenol, segundo o methodo da oxydase de Schultze-Sapegno, ficando evidente, apenas, em algumas cellulas, poucos granulos corados em azul.

Diz o autor que as suas plasmacellulas eram geralmente atypicas (pseudo-*plasmazellen* como elle as denomina.)

Moffatt. — (The Lancet, 1905) descrevendo um caso de plasmoma que elle observou, classifica as cellulas como *plasmazellen*, porém, confessa que não obteve a reacção da pyronima e do azul polychromo.

Perry Pepper. — (Jornal of Medical Research.)

Classifica as cellulas do seu caso de myeloma, como *plasmazellen*, porque não obteve a reacção da oxydase e nada diz sobre o methodo especifico de Pappenheim.

*
* *

— Pelos nossos estudos, verificamos a ausencia da zona perinuclear e da reacção de Pappenheim, ao lado de uma pequena differença da estrutura nuclear.

Uma séria objecção pôde ser feita.

Si o processo especifico de Pappenheim dá o colorido caracteristico ao protoplasma, dos plasmocytos adultos, o mesmo poderá não acontecer quando actúa sobre as cellulas jovens; immaturas.

Ora, justamente nos seus trabalhos especiaes sobre as *plasmazellen*, Unna e Sormani põem em fóco a questão determinando, cada um por sua vez, que os plasmocytos jovens, não maduros, adquirem, pelo methodo de Pappenheim, uma côr vermelha muito mais intensa e uniforme do que as cellulas adultas.

Sendo as cellulas do myeloma resultantes de uma intensa proliferação, é logico suppôr que a sua coloração deveria ser muito mais intensa do que normalmente succede com as cellulas da linha lymphatica.

Chegamos, assim, a concluir que, em nosso caso, não se trata de plasmocytoma e que a grande maioria e talvez a totalidade dos casos descriptos na litteratura, sob essa denominação, não pôde ser incluída nesse grupo myelomatoso problematico.

Resta-nos discutir o myeloblastoma. De accôrdo, aliás, com a maioria dos autores, que classificaram nos seus casos as cellulas identicas á nossas, como myeloblastos, também identificamos as nossas cellulas entre estes antecessores dos granulocytos.

E' claro que o nome de myeloblastoma deve ser tomado sob reservas, por isso que os myeloblastos não são absolutamente identicos aos myeloblastos communs que entram normalmente na construcção histologica da medulla ossea e, sim, cellulas da série myeloide, brancas, não granulosas e que mostram muita semelhança com as cellulas normaes dessa matriz myeloide. Como nós conseguimos, o que é muito raro, fazer esfregaços com material fresco, podemos, por isso, dar mais particularidades sobre a estrutura das cellulas do myeloma, do que geralmente se encontra na litteratura.

O nucleo no esfregaço, corado pelo Leishmann, mostra nitidamente a estrutura caracteristica filamentosa dos nucleos myeloblasticos. (Vide fig. VI.)

Em favor da classificação das cellulas como myeloblastos, ha ainda a presença frequente de dois e mais nucleolos, a ausencia de uma membrana nuclear bem visivel e a ausencia de granulações azurophilas.

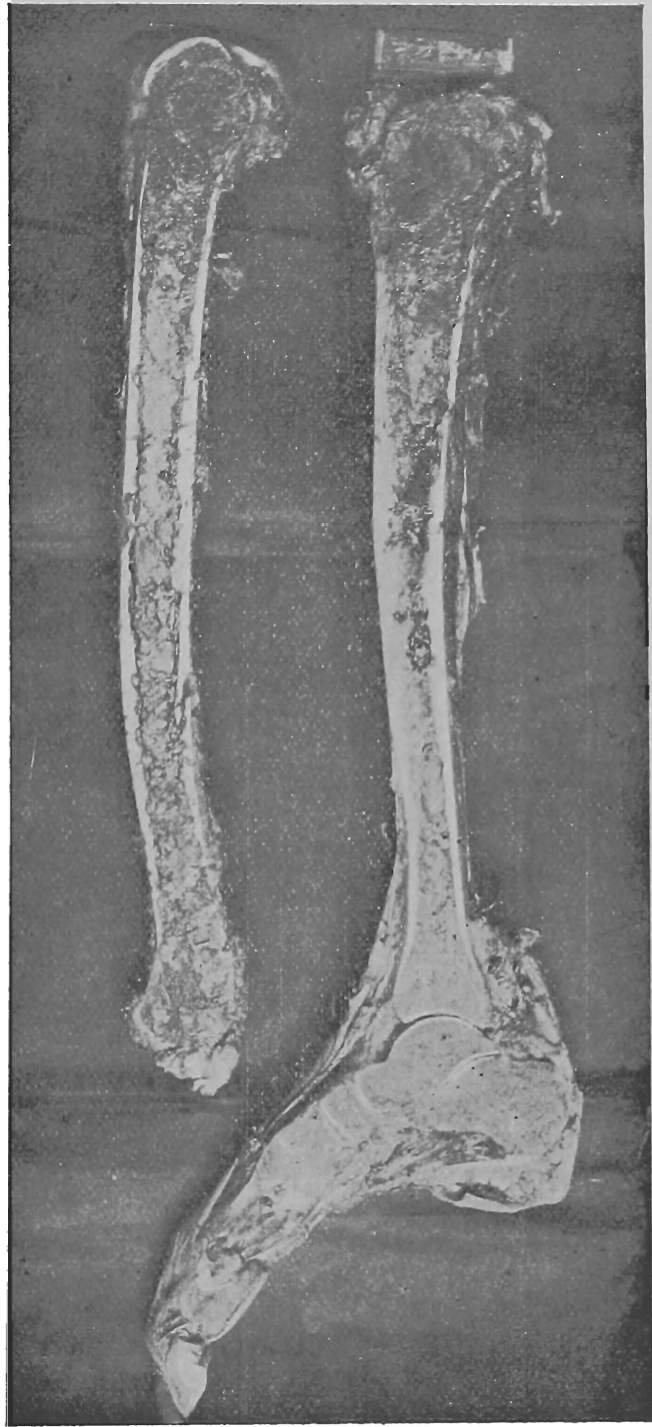


FIG. X

Corte sagittal do femur e da tibia esquerdos

Observa-se a myelomatose difusa, substituindo a medulla ossea normal e produzindo a destruição da substancia ossea compacta de dentro para fóra, sobretudo na parte superior.

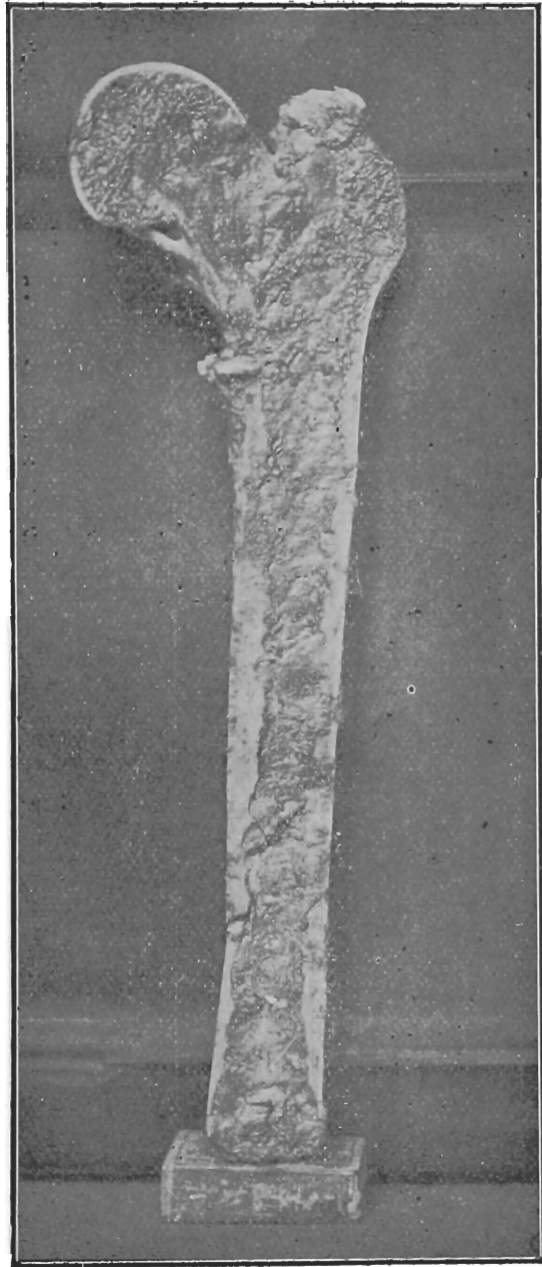


FIG. XI

Corte longitudinal do femur direito amputado

(Corresponde a radiographia, FIG. II)

Observa-se a myelomatose diffusa, mais accentuada na parte inferior correspondente ao lugar da amputação e na cabeça e collo onde chegou a destruir todo o tecido osseo.

O unico argumento contrario ao nosso diagnostico microscopico, seria a ausencia da reacção da oxydase, pois é sabido que os myeloblastos geralmente dão a reacção de Schultze (Naegeli e outros autores).

Sobre córtes de myeloma, porém, como já dissemos, alguns pesquisadores — e dos mais illustres — não têm conseguido a reacção positiva, não obstante firmarem por todos os outros caracteres, o seu diagnostico identico ao nosso.

Jogiç, Hirschfeld e Naegeli, autores do maior respeito, publicaram casos de leucemia myeloide, nos quaes não foi possível obter a reacção da oxydase. Si os myeloblastos pathologicos do tecido circulante (leucemias myeloblasticas agudas) não apresentam a reacção de Schultze, não é de admirar a ausencia desta reacção em casos de myeloma que têm uma evolução tumoriforme e nos quaes as cellulas myelomatosas são certamente mais pathologicas que as cellulas sanguineas dos estados leucemicos.

Como a reacção da oxydase é tanto menos sensível, quanto menos maduras são as cellulas myeloblasticas, é logico que ella não seja obtida em casos — como o nosso, — de formação rapida, precipitada e tumultuosa de cellulas, como prova o decurso clinico relativamente rapido e, ainda mais, as numerosas figuras de mitose, surprehendidas pelo exame microscopico.

Portanto, em casos de myeloma, a ausencia da reacção da oxydase, não autoriza a exclusão das cellulas do typo myeloblastico, quando ellas, por seus outros caracteres, puderem ser incluídas nesse grupo dos antecessores dos granulocytos.”

*
* *

O IV Capitulo reservado para as CONSIDERAÇÕES CLINICAS é assim subdividido: 1) Frequencia; 2) Duração; 3) Distribuição geographica; 4) Sexo; 5) Idade; 6) Raça; 7) Profissão; 8) Etiologia; 9) Symptomias.

Estuda os symptomias geraes (febre, asthenia, anemia, quadro hematologico), os symptomias dependentes do systema osseo (dôr, osteopsathyrosis, deformidades do esqueleto; metastases calcareas, tumores palpaveis e dolorosos) e os dependentes da séde da lesão (apparelho pulmonar, cardio vascular, digestivo, systema nervoso, orgams do sentido).

O Capitulo V intitulado — CONSIDERAÇÕES ANATOMICAS é assim subdividido: Séde, metastases, crescimento, relações com o tecido osseo, forma e volume, côr e consistencia, metamorphoses regressivas e aspecto microscopico.

Reproduzimos o que se refere ao estudo das metastases assim como a primeira parte do VI Capitulo denominada CONSIDERAÇÕES GERAES.

“*Metastases.*—Kudrewetsky, Herrich e Hektoen, Parkes Weber, Bechtold, Hoffmann, Christian, Shennan, Schütz, nos seus relatorios, mencionam a existencia de fôcos metastaticos em outros orgams (fôra do esqueleto) e,

entre elles, Perry e Pearce detêm-se longamente no assumpto. Procurando justificar a sua opinião favoravel á existencia de metastases verdadeiras, reúnem varios casos da litteratura, incluido o de Lubarsch que é de parecer contrario e até o de Tchistowitsch e Kolessnikoff que apenas mencionam metastases calcareas!

Quasi todos os autores, porém, são accordes em que as cellulas pathologicas param ante a barreira periostica, transpondo-a sómente nos casos de fractura, de accôrdo com o que tambem verificamos no caso que estamos a estudar.

Seja dito de passagem que, ao exame perfunctorio, é possível confundir uma forte infiltração parvicellular localizada, (do figado por exemplo) com um supposto fóco metastatico.

Em o nosso caso, (v. g.), o tecido peri-acinoso da glandula hepatica estava invadido pela infiltração parvicellular.

Entretanto, não queremos negar que possam existir verdadeiros fócios myelomatosos nos tecidos extra-medullares, mas não compartilhamos a opinião de que elles resultem de um processo verdadeiramente metastatico. E' mais razoavel suppor que elles se constituam em formações autochtonas, á semelhança do que succede com as multiplas e simultaneas localizações na medulla ossea.

Concorda com esta ultima hypothese a quasi exclusiva electividade do processo para os orgams hematopoeticos.

Lubarsch é do mesmo parecer.

Na sua polemica com Menne, acceita as idéas deste autor, isto é, que o myeloma não produz metastases e accrescenta que os fócios myeloides extra-medullares devem ser considerados como consequencia de uma "molestia systematica."

E lembra ainda que Sternberg demonstrou a presença de myelocytos no baço e nos nodulos lymphaticos e ter Askanazy provado a existencia de fócios sanguineo-formadores no figado.

Contrariando a opinião de Lubarsch, Perry e Pearce citam os casos de Herrich e Hektoen (um fóco no ovario) e de Schütz (um fóco da amygdala direita) que, segundo o seu parecer, só podem ser explicados como formações metastaticas verdadeiras.

A argumentação não é irreprehensivel.

Tratando-se de uma doença systematica do aparelho hematopoetico, muito provavelmente as formações myeloblasticas, myelocyticas, etc., que se encontram fóra do systema gerador do sangue, provém directamente das cellulas do endothelio vascular, como hoje é geralmente admittido para a formação das chamadas metaplasias myeloides.

De facto, sob a acção do estimulo pathologico, pôdem-se desenvolver as potencias accumuladas, nas cellulas parieto-vasculares, repetindo-se algumas phases da genese fetal do sangue.

Si quizermos accuitar a hypothese de que o myeloma produz metastases verdadeiras, seremos obrigados a admittir que ellas se processam pela via sanguinea ou pela via lymphatica.

Ora, até o momento actual, não ha demonstrações seguras de existencia de cellulas myelomatosas intravasculares, em periodo anterior ao da constituição dos pseudo-fócos metastaticos.

No terceiro caso de Versé, a invasão do tecido circulante deu-se *sub-finem*, nada havendo de anomal no quadro sanguineo *intra-vitam*.

No primeiro caso do mesmo autor, diz elle ter encontrado as cellulas anormaes no interior dos vasos venosos e, entretanto, não havia fócios myeloides fóra do esqueleto, concluindo-se dahi que a precipitação intravascular das cellulas anormaes foi causada pelas lesões das paredes vasculares, produzidas poucos momentos antes da morte.

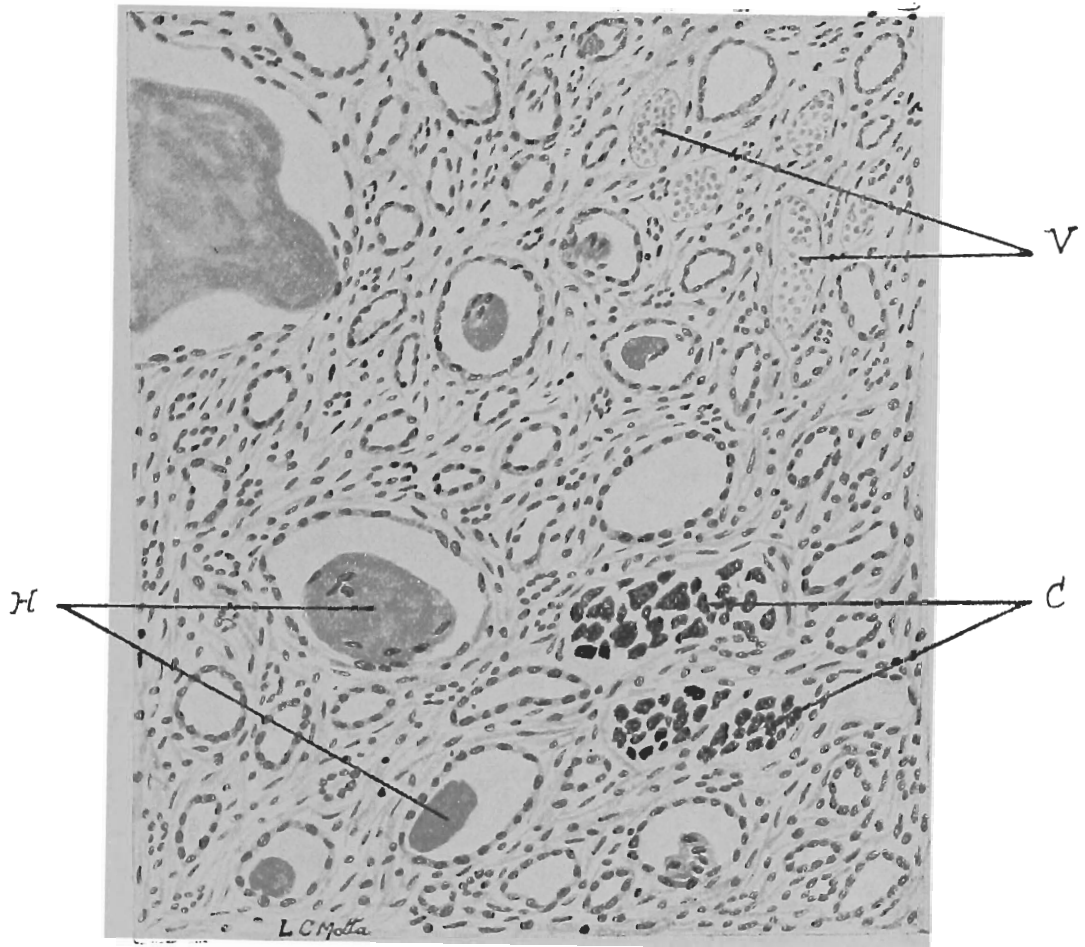


FIG. XII

Metastases calcareas no rim

- l* — Capillares cheios de sangue.
- C* — Tubulos uriniferos contendo pequenos blocos calcareos agglomerados.
- H* — Tubulos uriniferos com cylindros hyalinos.

Naegeli, para explicar as neofomações myelomatosas extramedullares, formúla uma theoria muito interessante:

Segundo o seu juizo, estes fócios myeloides neoformados surgem por um processo reactivo, que procura compensar a intensa destruição da medulla ossea normal, facto que tambem se verifica, por exemplo, na destruição accentuada dos ossos, por metastases carcinomatosas."

CAPITULO VI

CONSIDERAÇÕES GERAES.

"Os autores ainda não conseguiram chegar a um accôrdo sobre a verdadeira situação do myeloma entre os varios processos progressivos dos organs hematopoeticos.

Neste capitulo, discutiremos a questão, procurando resolvel-a de conformidade com os estudos mais modernos que se têm feito sobre o assumpto.

Começaremos por eliminar os processos regenerativo e inflammatorio.

O primeiro, não só porque a proliferação myeloide não succede a nenhuma necessidade anterior de regeneração, como tambem pelo excessivo desenvolvimento do processo anormal.

O segundo, por varias causas que convém especificar: uniformidade do typo cellular, ausencia das cellulas inflammatorias, evolução progressiva que não termina pela *restitutio ad integrum*, nem pela organização, continuando, ao contrario, o tecido neoformado a crescer indefinidamente.

Podemos incluir o myeloma entre os processos blastomatosos?

Quasi todos os autores (Kaufmann, Barbacci, Borst (Aschoff), Schmidt (Aschoff), Schridde (Aschoff), Achard e Loeper, Letulle e Nattan Larrier, Ribbert, Hermann e Morel, Schmauss) classificam o myeloma entre os blastomas.

Varios delles, e dos mais conspicuos e modernos, deixam, porém, entrevêr a duvida.

Assim diz Barbacci: "o character hyperplastico da neofomação é muito visivel e muito provavelmente todo o processo morbido representa uma fórma myelogenica da pseudo-leucemia."

Martelli estabelece uma classe especial para os casos duvidosos, intitulada hemossarcoses, comprehendendo as leucemias, pseudo-leucemias, lymphosarcomatose, myeloma, chloroma, etc.

Schmidt e outros falam de molestia systematica. Algumas razões, innegavelmente, militam a favor do conceito de uma neofomação blastomatosa, principalmente a uniformidade do typo cellular, o limite circumscripto, a autonomia e a continuidade incessante do crescimento.

Entretanto, contra a inclusão do myeloma entre os processos blastomatosos, ha varios e poderosos argumentos.

Contra a sua inclusão entre os tumores malignos, temos que salientar o pequeno polymorphismo das cellulas que o compõem e a falta de metastases verdadeiras.

Em favor da hypothese de se tratar de um tumor maligno, temos o seu rapido crescimento, a falta de limite capsular e a consequencia letal infallivel.

Faltam todavia os caracteres indispensaveis para a diagnose certa de tumor maligno: polymorphismo accentuado das cellulas e crescimento infiltrativo, mesmo querendo admittir a existencia de metastases que, como já dissemos, não são verdadeiras.

Podemos considerar o myeloma como pertencente ao grupo dos tumores benignos? Seguramente, não.

Ha varias razões que o excluem completamente desse grupo:

1) a sua grande riqueza celular, jámais encontrada em tumores benignos de origem mesenchymal.

2) a sua multiplicidade accentuada, quasi nunca observada nos tumores benignos.

Recordamo-nos apenas que a molestia de Recklinghausen apresenta-se com esse character de grande multiplicidade, sendo muito numerosos os tumores benignos.

Aliás, esta molestia, como o myeloma, não está perfectamente classificada.

O mal de Recklinghausen, porém, apesar de ser mortal, só tem esse exito depois de muitos decennios.

3) o seu apparecimento tardio. Os blastomas benignos multiplos são sempre congenitos e apparecem nos dois primeiros decennios da vida, ao contrario de myeloma, que se manifesta geralmente no quarto e quinto decennio.

Por simples exclusão, ficam-nos apenas a considerar as hyperplasias e naturalmente em primeiro lugar, pelo seu grande desenvolvimento, as hyperplasias leucemicas e, sobretudo, no caso particular, as hyperplasias pseudo-leucemicas.

O apparecimento, *a priori*, em fócios multiplos simultaneos, independentes e a diffusão completa do processo morbido, approximaram-n'o muito naturalmente das hyperplasias systematicas.

As leucemias lymphaticas, por exemplo, apresentam os mesmos pontos de contacto com os blastomas, sem que, por isto, sejam incluidas entre os processos blastomatosos verdadeiros. O myeloma, pelo seu comportamento, póde, em parte, ser posto em paralelo, com a lymphadenose aleucemica. Esta tambem começa por hyperplasias tumoriformes (lymphaticas) circumscriptas que crescem quasi continuamente, porém, sempre vagarosamente, através de varios annos; não ha geralmente grandes alteraçoes do quadro hematologico; sendo porém, possivel uma transição para a leucemia lymphatica verdadeira, facto aliás raramente observado.

Do mesmo modo que no myeloma, na lymphadenose aleucemica ha uniformidade do typo celular e geralmente producção de cellulas não maduras.

Si é verdade que na lymphadenose aleucemica, ao menos em certos casos, ha formação de um quadro sanguineo quasi leucemico, (facto não observado nos myelomas) a explicação póde ser encontrada na grande differença de duração desses dois processos morbidos. Realmente a lymphadenose aleucemica persiste durante muitos annos, ás vezes sem produzir symptomas sérios e mesmo depois que estes se manifestam, geralmente só sobrevem a morte depois de um tempo muito prolongado (até 20 annos em total).

Ao contrario, o myeloma, pela sua localizaçao na medulla ossea, causa lesões de muito maior importancia e por isso tem exito letal em tempo muito menos dilatado (em média um anno, a um anno e meio) não permittindo, portanto, o desenvolvimento de um quadro hematologico pseudo-leucemico ou leucemico.

De facto, como já vimos, o myeloma causa a destruição dos ossos do esqueleto, facilitando as fracturas e consecutiva immobilidade mais ou menos completa dos doentes e a devastaçao quasi total da medulla ossea vermelha, certamente de maior importancia vital do que os ganglios lymphaticos.

Entretanto, na lymphadenose aleucemica mesmo incipiente, podemos encontrar no sangue peripherico uma lymphocytose ás vezes muito accentuada (ainda que não haja augmento total dos globulos brancos) ao passo que, na grande maioria dos casos de myeloma, verifica-se apenas uma

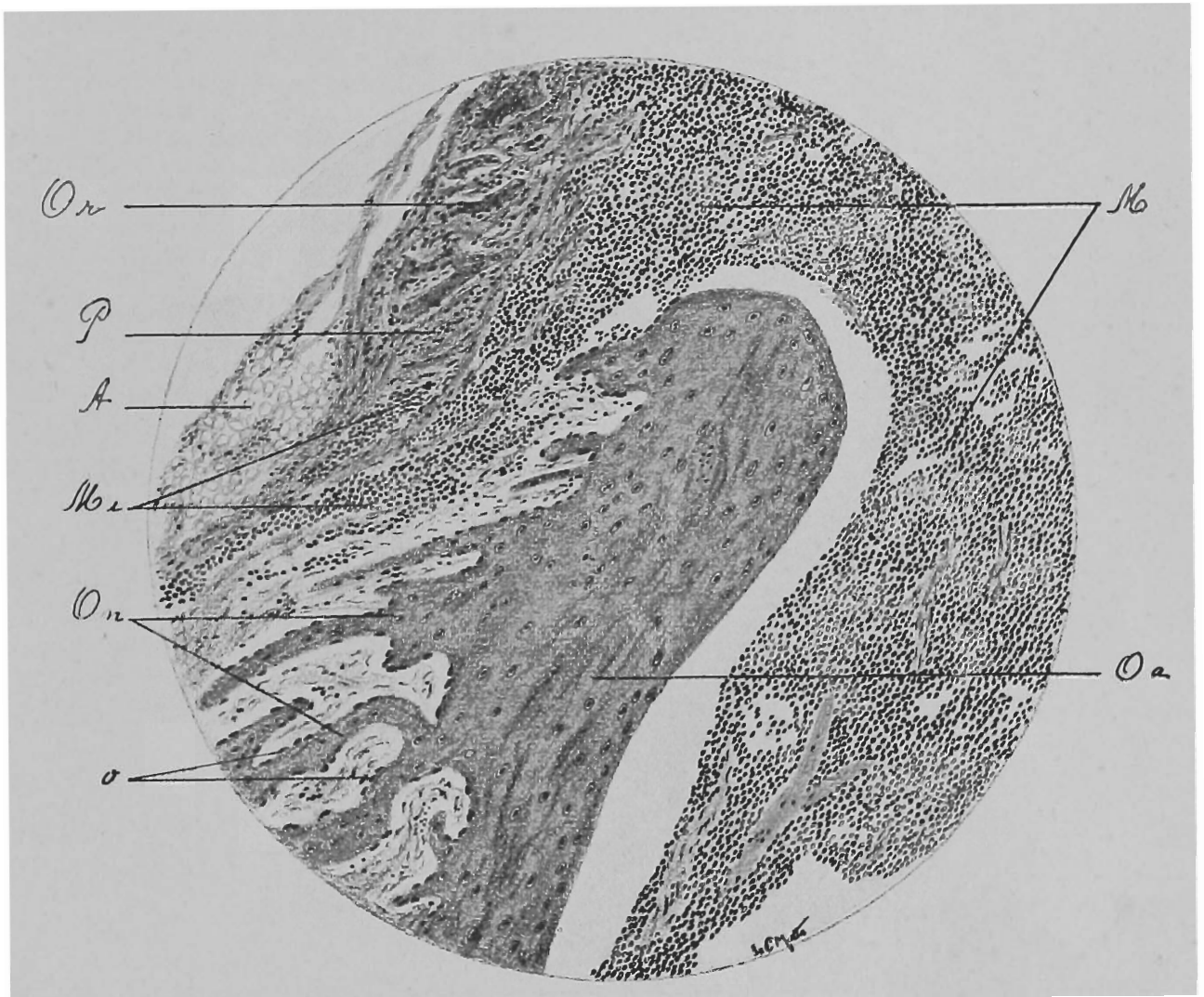


FIG. XIII

Corte histologico do collo do femur (myeloma)

- | | |
|------------------------------------|------------------------------|
| <i>Oa</i> — Osso antigo | <i>P</i> — Periosteo |
| <i>Or</i> — Restos osseos isolados | <i>A</i> — Cellulas adiposas |
| <i>On</i> — Osso neoformado | <i>M</i> — Myeloma |
| <i>O</i> — Osteoblastos | <i>Mi</i> — Myeloma invasor |

anemia mais ou menos profunda e não a invasão myeloblastica no sangue circulante.

Este contraste, entre os dois processos morbidos, que aparentemente parece não permittir a inclusão do myeloma entre as doenças aleucemicas (myelose aleucemica) póde ser perfeitamente explicado.

E' innegavel que a penetração dos elementos lymphocyticos no sangue peripherico dá-se muito mais facilmente do que a dos elementos myelocytarios.

E' sufficiente considerar as numerosas molestias e processos pathologicos, nos quaes ha uma lymphocytose muito accentuada e que não podem ser incluidos entre os processos leucemicos verdadeiros.

Os globulos da série lymphatica penetram com mais facilidade no sangue peripherico, talvez porque os ganglios lymphaticos estão em directa comunicação com o sangue circulante pelos vasos lymphaticos; os elementos da linha myeloide têm apenas uma comunicação indirecta, porque passam ao sangue através dos capillares da medulla ossea.

Eliminado este argumento, desfavoravel á inclusão do myeloma entre as hyperplasias leucemicas, surge um outro: a uniformidade do typo cellular.

Si é verdade que nas leucemias lymphaticas o quadro histologico dos processos leucemicos é uniforme, não é menos certo que nas leucemias myeloides encontramos sempre, na medulla ossea, um aspecto cytologico variado, entrando na composição do tecido neo-formado, myeloblastos, promyelocytos e myelocytos e nunca um unico typo cellular.

Ora, o myeloma é quasi sempre constituido pela proliferação de um unico typo de cellula.

Apenas no 3.º caso de Versé, entravam diversas cellulas pathologicas, na composição da neo-formação medullar.

Isto quer dizer que as cellulas se detêm nos primeiros estadios do seu desenvolvimento (myeloblasto, na maioria dos casos) e só raramente, como no terceiro caso de Versé, ellas attingem maior gráu de maturidade.

Talvez até, este ultimo facto explique a penetração das cellulas myelomatosas no sangue circulante, observado no caso de Versé, como phenomeno *sub-final*.

Do que fica exposto, conclue-se que o myeloma não póde ser perfeitamente incluido em qualquer dos processos morbidos, bem caracterizados e bem determinados.

Entretanto, podemos affirmar que o myeloma deve ser considerado como um processo systematico do aparelho hematopoetico, constituindo evidentemente um processo pathologico, *sui generis*, porém bastante semelhante aos processos tumoriformes aleucemicos."

Termina o A. o VI capitulo fazendo o diagnostico differencial com os blastomas, kystos osseos, granulomas infecciosos, osteop-sathyroses — osteoporose senil, osteomalacia, osteite deformante progressiva de Paget.

Resume o A. os principaes caracteres do myeloma :

" — 1) Aparecimento sob a fórma multipla simultanea ou mais raramente sob a fórma diffusa, com invasão de quasi todos os ossos do esqueleto.

— 2) Predilecção accentuada do processo pathologico para se asestar nos ossos chatos e, por ordem decrescente de frequencia, nos ossos curtos e longos.

- 3) Frequencia de fracturas espontaneas e de deformidades do esqueleto.
- 4) Algumas vezes, formação de tumores palpaveis e dolorosos.
- 5) Duração média de um anno a um anno e meio.
- 6) Preferencia notavel para os individuos do sexo masculino, cuja idade está geralmente comprehendida entre 40 e 60 annos.
- 7) Apparecimento na urina do corpo albuminoso thermo-solúvel de Bence-Jones.
- 8) Imagem radiographica, demonstrando um processo da rarefacção ossea ás vezes com apposição de tecido osseo neoformado.
- 9) Manifestações dolorosas que apparecem por intervallos mais ou menos variaveis.
- 10) Anemia progressiva sem notavel alteração do quadro hematologico.
- 11) Quasi sempre, concomitancia de phenomenos pulmonares e nervosos.
- 12) Asthenia.

De todos os symptomas o mais caracteristico é a albumosuria de Bence-Jones.

Todavia a presença na urina do corpo albuminoso thermo-solúvel (reacção de Bence-Jones) não é um signal absolutamente pathognomonic do myeloma.

Schmidt (Aschoff), por exemplo, diz que a reacção póde ser positiva em "outras molestias multiplas da medulla ossea."

Kaufmann assignala que a albumose thermo-solúvel póde ser encontrada na urina de doentes de leucemia lymphatica e nós já fizemos referencia ás verificações semelhants de Askanazy e Decastello.

Hirschfeld, no seu recente trabalho sobre o myeloma, cita alguns autores que affirmaram sêr positiva a reacção de Bence-Jones na urina de individuos que não soffriam da doença de Rustizky-Kahler.

Por outro lado, algumas (raras) vezes a reacção é negativa mesmo em casos de myeloma."

FINALMENTE EIS AS CONCLUSÕES DO A.

I. — A doença de Rustizky-Kahler deve ser considerada como um processo morbido systematico do aparelho hematopoetico, constituindo um processo pathologico "sui generis", porém, bastante semelhante aos processos tumoriformes aleucemicos; muito provavelmente não se trata de um blastoma verdadeiro.

I. — E' uma doença da idade adulta e apparece sobretudo entre os 40 e 60 annos; excepcionalmente, porém, como no nosso caso (22 annos), póde verificar-se em individuos de mais baixa idade.

III. — Tem accentuada preferencia para os individuos do sexo masculino.

IV. — Apresenta-se em geral sob a fórma multipla circumscripta e mais raramente, como no nosso doente, sob a fórma diffusa.

V. — Tem sua séde primaria e preferida, na medulla ossea.

VI. — Assesta-se de preferencia nos ossos chatos e por ordem decrescente de frequencia nos ossos curtos e longos.

VII. — A destruição do tecido osseo faz-se por um processo que corresponde ao denominado de atrophia liza; em geral o periosteó é respeitado.

VIII. — Procurando compensar em parte a destruição do osso, ás vezes, ha uma pequena apposição de tecido osseo neoformado de origem periosta! (osteophyto).

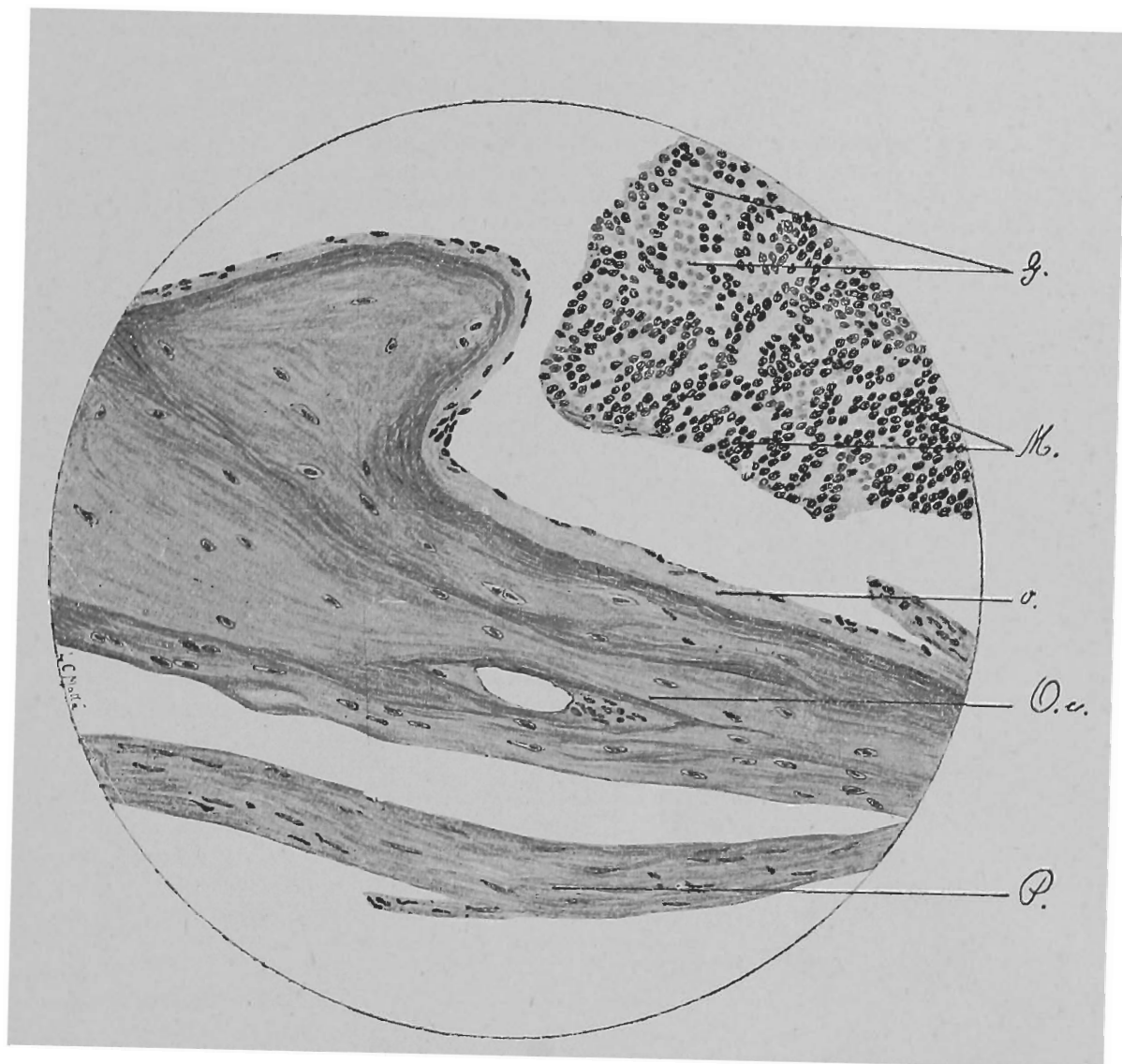


FIG. XIV

Corte histologico da tibia (myeloma)

Augmento grande

- G* — Globulos vermelhos de mixtura com as cellulas myelomatosas.
- M* — Cellulas do myeloma.
- o* — Orla osteoide.
- O.c.* — Osso compacto.
- P* — Periosteo.

IX. — São frequentes as fracturas espontaneas e as deformidades do esqueleto.

X. — São frequentes as metastases calcareas.

XI. — Não ha producção de metastases verdadeiras como nos blastomas e os fócios extramedullares, quando existem, constituem formações autochtonas.

XII. — Na quasi totalidade dos casos, o tecido myelomatoso neoformado é composto de um unico typo cellular.

XIII. — Esse typo cellular é quasi sempre representado pelos antecessores agranulados dos granulocytos.

XIV. — A totalidade, talvez, dos casos descriptos na litteratura, sob a denominação de plasmocytomas — não deve ser incluída nesse grupo problematico dos myelomas.

XV. — A coloração especifica de Pappenheim, para as *plasmazellen* de Unna-Marchalko, permite differenciar estas cellulas de outras, muito semelhantes.

XVI. — Em o nosso caso, as cellulas dos myelomas, que apresentavam, pelas colorações communs, muitos dos caracteres das cellulas plasmaticas, não tomaram o colorido especifico, sob a acção do verde de methyla-pyrina.

XVII. — A ausencia da reacção da oxydase não autoriza a exclusão diagnostica das cellulas brancas da linha myeloide, quando os outros caracteres permittam a sua identificação; Jogiç, Hirschfeld e Naegeli não obtiveram sempre a reacção do indophenol, mesmo em casos authenticos de leucemia myeloide.

XVIII. — Na doença de Rustizky-Kahler é quasi constante a presença, na urina, de um corpo albuminoso thermo-solúvel (reacção de Bence-Jones). Esta reacção foi sempre constante no nosso caso.

XIX. — Durante a evolução da doença, ha manifestações dolorosas que apparecem com intermittencias irregulares.

XX. — Manifestam-se ainda por ordem crescente de frequencia, phenomenos renaes, pulmonares, nervosos, digestivos, circulatorios.

XXI. — Quasi sempre, ha uma anemia progressiva, sem notavel alteração do quadro hematologico.

XXII. — Em média, a duração do processo myelomatoso é de um anno, a um anno e meio.

XXIII. — O seu prognostico é letal.

XXIV. — Até o momento actual, não ha tratamento algum para a doença de Rustizky-Kahler.

À proposito de um caso de uréthrorrhaphia circular

pelo Dr. Zephirino do Amaral

(assistente de clinica cirurgica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo)

Nas operações praticadas na urethra, é de regra applicarmos uma sonda de demóra no canal, para proteger a ferida operatoria do contacto da urina; porém na maioria dos casos, a derivação da urina pela sonda de permanencia na urethra não satisfaz o nosso "desideratum". Assim é que, não raras vezes, numa simples sutura de uma

fistula urethro-peniana, ou na operação de hypospadias, deixamos uma sonda de demora e verificamos que no primeiro e no segundo dia a ferida operatoria se apresenta de bom aspecto; no terceiro, notamos já um pequeno corrimento sôro-purulento que se accentua no quarto dia, para no quinto ficarmos desilludidos, com o insuccesso da sutura executada com todo o capricho. Ora, se para os casos simples, a sonda de demora actua de modo tão desfavoravel para o bom exito cirurgico, numa sutura circular da urethra, a sua contra-indicação é quasi absoluta.

Quaes os inconvenientes da sonda de demora?

Em primeiro logar a sonda deve ser considerada como um corpo extranho que fica em contacto com a sutura; em segundo lugar porque não podemos mantel-a perfeitamente aseptica, pois retendo as secreções das glandulas urethraes, favorece a pullulação dos microbios normalmente existentes no canal, d'ahi a inflammação é consequente exsudação, do segundo ou terceiro dia, em diante. Esta inflammação do canal provocada pela sonda sendo nociva para uma sutura de urethra indemne de infecção anterior, torna-se desnecessario lembrarmos que, em se tratando de individuos com passado blenorragico, a cicatrisação "per primam" é quasi impossivel. Não consistem só nisto os inconvenientes da sonda de permanencia; muitas vezes as mucosidades da bexiga a obliteram, ou então ella se desloca para fóra, ficando com os seus orificios obturados pelas paredes da urethra posterior e com o accumulo da urina na bexiga, esta se contrahe e impelle o liquido que se filtra entre as paredes da sonda e as da urethra, vindo estagnar-se ao nivel da sutura, infiltrando, macerando e infectando os tecidos suturados, e o resultado final, será inevitavelmente a formação de nova fistula.

Dada a hypothese feliz de se fechar a fistula, haverá ainda inconvenientes de segunda ordem que convem mencionar: uma sutura urethral cicatrizada mesmo por primeira intenção, sob a acção irritante da sonda, dará uma cicatriz mais ampla e mais retractil que aquella que se reparou ao abrigo de qualquer inflammação, cujo resultado immediato e consecutivo é perfeito. No primeiro caso a inflammação provocada pela sonda não occasionou a desunião total da ferida, mas impediu a perfeita união da mucosa, cuja cicatrisação se fez por segunda intenção, formando nesse ponto maior quantidade de tecido fibroso, com tendencia a se estreitar, trazendo complicações futuras, para os infelizes doentes que não possam estar sempre sob as vistas do especialista. Taes foram os insuccessos da sonda de permanencia, como meio de derivação da urina, que Rochet (1906), suggeriu a feliz ideia de derivar a urina por meio de uma operação complementar — a cystostomia.

Este illustre cirurgião de Lyão considera a sonda de demora como o agente mais activo de fracasso nas suturas uréthraes. Marion, o

insigne mestre do Hospital Necker, algum tempo depois, estabeleceu o seguinte principio:

Toda operação praticada na totalidade da espessura das paredes urethraes, deve ser completada por uma fistula destinada a derivar a urina de modo absoluto. Está claro, diz este autor, que as operações endo-urethraes não entram na categoria das intervenções que reclamam derivação.

Nové-Josserand applicou este methodo de derivação na cura das hypospadias por meio do seu processo de enxertos cutaneos, com bons resultados. D'ahi por diante muitos outros cirurgiões recorreram quer á urethrostomia, quer á cystostomia, como meios de derivação da urina nas intervenções que necessitassem da reparação da urethra, seja por lesões traumaticas, seja em consequencias de resecções por estreitamentos infranqueaveis, ou fistulas.

Em Agosto de 1913, o dr. B. Montenegro publicou nos Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, um caso de uréthrorrhaphia circular com derivação vesical da urina, com pleno exito.

Dois são os modos pelos quaes podemos obter a derivação da urina: 1.º urethrostomia, 2.º cystostomia.

O primeiro processo consiste na abertura de uma fenda longitudinal na urethra perineal, áquem da sutura urethral, onde se collocará uma sonda de Nelaton n. 18 de permanencia; o segundo consiste na abertura de uma pequena fistula supra-pubica (talha hypogastrica), a qual dê apenas para se deixar uma sonda de Nelaton n. 24. Em ambos os casos as sondas serão fixadas á pelle por um fio de seda ou crina de Florença.

Qual destes dois processos o melhor? Nós damos preferencia á cystostomia por ser geralmente uma operação mais facil, e de mais prompta cicatrização que a urethrostomia.

Casos ha em que a derivação pela talha hypogastrica é imprescindivel, como seja nos casos em que tenhamos que recorrer ao catheterismo retrogrado, para encontrar a extremidade posterior da urethra.

Feitas estas ligeiras considerações, passemos a descrever o nosso caso que deu motivo á publicação destas linhas.

Trata-se de P. A. L., brasileiro, trabalhador de lavoura, solteiro, procedente de Faxina, com 23 annos de idade; deu entrada na 1.ª clinica cirurgica da Faculdade de Medicina (serviço do prof. Camargo), a 15-VIII-19.

Antecedentes hereditarios, sem importancia. Antecedentes pessoaes, tambem carecem de importancia.

Anamnèse — Refere que foi aggreddido a faca por um seu des-affecto, o qual o golpeou na raiz do penis, dando lugar a grande hemorrhagia. Depois do accidente teve que caminhar meia legua a cavallo, perdendo sempre sangue, até chegar á residencia de seus

parentes, onde fez um curativo com água creolinada e pernoitou. Desde a primeira micção depois de ferido sahio urina pela ferida, com fortes dôres.

Internou-se na Santa Casa de Faxina, onde foi submettido á operação sem resultado, permanecendo a fistula urethro-peniana, a qual motivara a sua entrada na Santa Casa de S. Paulo.

Inspeção — Notamos na linha mediana inferior do penis, no ponto de implantação das bolsas, uma cicatriz de um centimetro mais ou menos, apresentando em seu centro uma fenda alongada, de alguns millimetros de extensão, com bordos de tecido de granulação exuberante á pelle, por onde a urina se escôava gotejante.

Palpação — Pelo palpar sentimos um endurecimento ao nivel da lesão supra mencionada, dando pela expressão que era dolorosa, sahida de pús pelo orificio da fistula. Durante as micções o doente fazia muito esforço, expellindo sempre antes das primeiras gotas de urina um pouco de pús.

Explorando a urethra verificamos que ella era permeavel até ao nivel da fistula, ponto em que não conseguimos fazer passar nem uma sonda filiforme, devido ás sinuosidades do estreitamento. Injectámos liquido pelo meato urinario e notámos que o liquido sahia pela fistula.

O catheterismo da fistula para a bexiga tambem não foi possivel, não sómente devido ao diminuto calibre da urethra, como tambem pelas sensações dolorosas accusadas pelo paciente.

Parece que na lesão primitiva houve secção completa da urethra e que a primeira sutura não deu resultado, formando-se então um tecido cicatricial em torno da urethrorrhaphia, dando como consequencia as lesões que acabamos de assignalar.

Operação — Praticámos a nossa operação de restauração das vias urinarias em dois tempos:

1.º tempo — Após rachistovainisação, (0,06 de stovaina), procedemos a derivação vesical da urina por meio de uma cystostomia, para deixarmos a urethra em melhores condições de asepsia, isto é, até que desaparecesse o pús da fistula. Durante quinze dias o doente ficou sob os cuidados do estudante La Terza, o qual sollicitamente praticava diariamente irrigações urethraes e da fistula, com soluto de oxycyanureto de mercurio a 1 p. 4.000.

2.º tempo — Achando-se a fistula urethral isenta de suppuração, submettemos o paciente á segunda intervenção sob anesthesia rectal pelo ether-oleo, segundo a technica indicada pelo nosso distincto collega e amigo dr. Pereira Gomes (120,0 de ether misturado a 80,0 de oleo de olivas), e com o auxilio dos drs. D. Define e F. Bayma.

Neste nosso caso não fizemos a urethrorrhaphia em acto continuo á derivação de urina, porque o estado de suppuração em que se achavam as lesões da urethra, diminuiam as probabilidades de exito.

Z. AMARAL — “Urétrorrhaphia circular”.

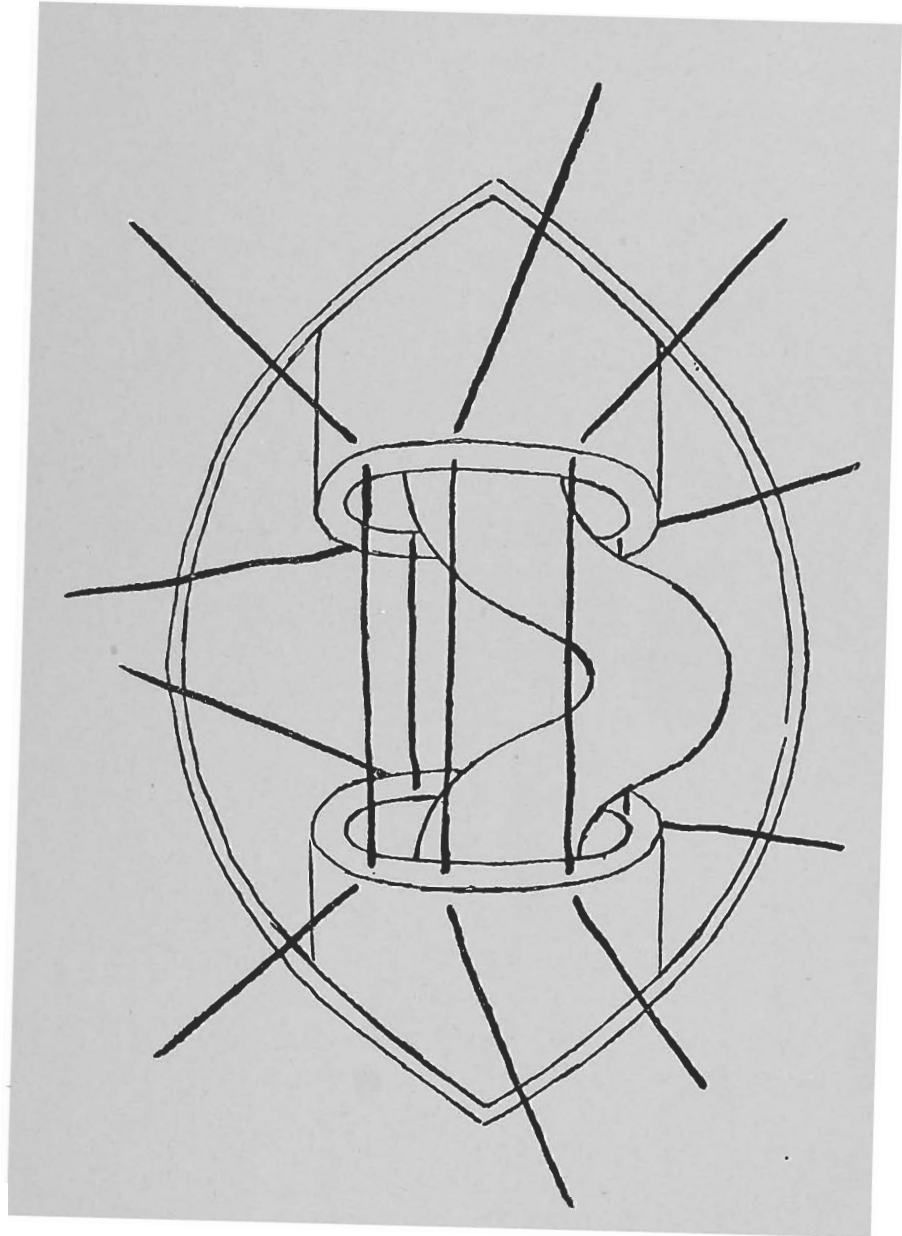


Figura eschematica mostrando como deve ser praticada a sutura da urethra.

Incisámos a pelle na extensão de uns tres centímetros, na linha mediana inferior, interessando a raiz do penis e as bolsas. Dissecção cuidadosa da urethra e resecção desta na extensão de um centimetro mais ou menos, bem como dos tecidos periurethraes esclerosados; libertação das duas extremidades da urethra até obtenção de sua perfeita coaptação, sem produzir distensão da mesma. Passámos uma sonda de Nelaton n.º 18 do meato urinario á bexiga, a qual foi puxada para fóra ao nivel da resecção até formar uma alça que permittisse a sutura da parede superior da urethra em seguida reduzimos a alça formada pela sonda e terminamos a sutura circular, em pontos separados a *cat-gut* fino.

E' mistér frisarmos que os pontos de sutura não devem atravessar todas as camadas da urethra: a mucosa deverá, quanto possivel, ser respeitada, de modo que os nós fiquem para fóra do canal. E' um processo analogo ao que empregamos na cura radical das fistulas vesicovaginaes, tão frequentes nas mulheres, em consequencia a partos laboriosos, e nas suturas' de bexigas não infeccionadas após talha hypogastrica.

Terminada a sutura circular da urethra, demos ainda a fio de *cat-gut*, alguns pontos separados unindo os tecidos circumvisinhos. Terminámos a operação pela sutura da pelle a crina de Florença, sem drenagem, visto termos tido o maior cuidado na hemostasia.

Periodo post-operatorio — A ferida esteve durante os oito primeiros dias protegida por penso secco e aseptico, o qual foi mudado por varias vezes. A retirada dos pontos foi feita no nono dia.

Nada de sondagens, nem de lavagens urethraes durante esse tempo. A derivação vesical funcionou sempre bem, e do decimo dia em diante, o paciente começou a verter agua pelo canal natural, momento em que retiramos a sonda vesical por onde se fazia a derivação da urina. Do duodecimo dia em diante, iniciamos as dilatações urethraes por meio de vélas, a partir do n.º 16 até chegarmos ao n.º 23, occasião em que o operado pediu alta, com a ferida vesical tambem cicatrisada, mesmo sem o auxilio de sonda urethral de demóra.

Para terminarmos esta nossa observação, chegamos ás seguintes conclusões:

1.º — A sutura da urethra é uma operação geralmente facil, mas de resultado duvidoso.

2.º — Graças á operação complementar de derivação da urina, tornou-se uma intervenção um pouco mais complicada, porém de resultados muito mais seguros.

3.º — Devemos geralmente preferir a cystostomia á urethrostomia como meio mais expedito da derivação da urina.

Salpingite Amebiana

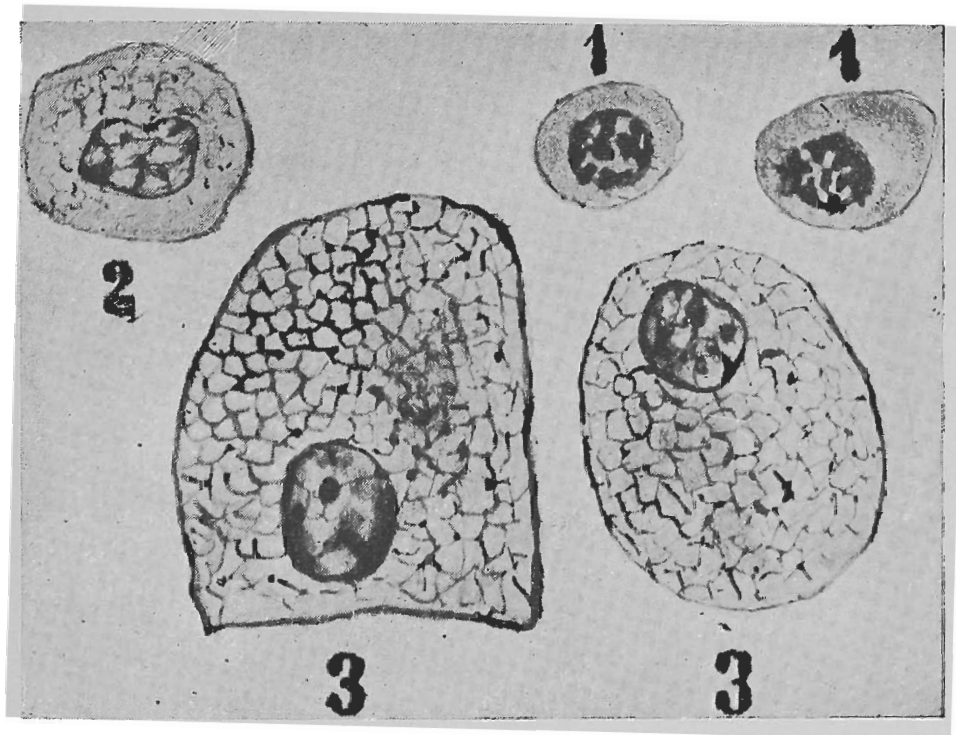
Dr. Carmo Lordy

Sob este titulo de todo original o Prof. Menetrier, nos "Archives de Parasitologie", de Paris, em data de 30 de Julho de 1910, relata a observação de um caso isolado e sem precedentes na literatura medica.

Trata-se de uma mulher de 26 annos de idade, que nunca sahira da França e que jamais fôra attingida de affecção dysenterica ou dysenteriforme operada por Lejars, por uma salpingite dupla, remontando a diversos annos e de etiologia imprecisa. As duas trombas estavam affectadas e adherentes ao intestino. O ovario direito foi respeitado e o esquerdo extirpado com as duas trombas. A tromba esquerda, a unica examinada, macroscopicamente apresentava o aspecto de uma salpingite chronica com abundante vascularização dos tecidos, espessamento fibroso do orgão, sem dilatação da cavidade ou formação kystica, sem exsudato e sem suppuração cavitaria ou intersticial. Ao exame histologico, notava-se esclerose intensa pelo desenvolvimento de tecido fibroso adulto muito vascularizado e com espessamento da parede. Ao nivel da mucosa, o auctor encontrou lesões para as quaes chama a attenção. As dobras da mucosa se apresentavam mais curtas, mais volumosas, augmentadas de espessura do lugar de sua implantação para o centro da cavidade tubaria, a ponto de se obter formações com o aspecto de clavas. Este espessamento da mucosa era produzido pela infiltração sub-epithelial de grande numero de cellulas, que fixavam mal os corantes. Taes elementos cellulares de 25 a 30 micra, irregularmente esphericos, ás vezes deformados pela pressão reciproca, apresentavam um nucleo relativamente pequeno e abundante protoplasma. O nucleo quasi sempre excentrico corava-se fortemente e era arredondado. O protoplasma não corado tinha matiz amarellado, fixando em geral mal as substancias corantes, um pouco melhor as acidas, como a eosina.

Apresentava-se finamente granuloso e sem vacuolos distinctos. A mucosa parecia distendida pelo accumulo de taes cellulas, principalmente do lado cavitario, revestida por epithelio cylindrico ciliado com seu delgado estrato conjunctivo subjacente. Do lado muscular e sem ultrapassal-o estes elementos iam rareando de numero, acompanhados de uma reacção lymphocytaria. Na luz tubaria, no meio de um exsudato albuminoso coagulado e adherente á superficie da mucosa e de suas dobras notava-se numero reduzido destas mesmas cellulas. Para o auctor, taes elementos cellulares não se relacionavam com as cellulas epitheliaes, nem com as cellulas conjunctivas fixas e nem com as migradoras. A elle, estas cellulas se afiguravam como elementos heterogeneos, adventicios, parasitarios, multiplicados na superficie e na profundidade dos tecidos, provocando assim a alteração pathologica. A identificação destes parasitas era muito difficil, tanto mais que o auctor fez seu estudo sobre preparações já fixadas e coradas. Compa-

C. LORDY — Salpingite amebiana.



- 1 — Plasmazellen normaes e plasmazellen.
- 2 — De passagem para cellula pseudo-xanthomatosa. Cellula maior com protoplasma ainda bastante corado, porém já esponjoso. Nucleo com afrouxamento da estrutura chromatica.
- 3 — Cellulas pseudo-xanthomatosas.

Cellulas de uma membrana pyo-nephritica.

rando, porém, estes elementos cellulares com os causadores da dysenteria amebiana (particularmente num caso de um abcesso amebiano do figado com phagedenismo cutaneo), ao auctor pareceu possivel estabelecer grande analogia entre estes parasitas, plenamente identificados, e as cellulas grandes, globulosas, encontradas na tromba em questão. Desse cotejo elle crê dever concluir tratar-se de uma infecção das trombas uterinas por parasitas parecidos com as amebas, de uma salpingite amebiana. Diz poder expressar esta opinião com mais segurança por ter merecido a aprovação do Prof. Blanchard, a quem submetteu para exame suas preparações. Sómente não pode precisar si estes elementos são identicos ou não ás amebas pathogenas ou si se trata de uma especie nova.

Este trabalho, que por mera coincidencia cahiu sob nossa vistas, emquanto procuravamos referencias sobre outro assumpto que estavamos estudando, se presta admiravelmente bem para patentear até que ponto as apparencias e as analogias, a que o auctor se refere, podem falsear o diagnosticos e arrastar a enganar lastimaveis cientistas de vulto como os Profs. Menetrier e Blanchard.

Em primeiro logar, o nucleo das cellulas em questão, para maior analogia com o das amebas, deveria ter reticulo chromatico mais delgado e porisso corar-se muito menos intensamente; o protoplasma, por sua vez, com suas malhas deveria limitar vacuolos mais distinctos.

Os elementos cellulares que levaram o auctor e o emerito parasitologista a pensar em formações heterogeneas, adventicias, sem apparencia com as cellulas normaes e pathologicas do orgão, não passam de elementos que se apresentam nos casos em que ha necrose e destruição dos tecidos com substancia graxa. São cellulas que se carregam de substancias isotropicas e principalmente anisotropicas (porisso de matiz amarellado quando não coradas), com protoplasma de finas ou grossas granulações (finos ou grossos vacuolos, quando não empregado o acido osmico ou o Sudan III) e que fixam geralmente mal a coloração commum. Apresentam-se intumescidas, com formato redondo, oval ou pela pressão reciproca mais ou menos achatadas, com nucleo geralmente de chromatina nem sempre condensada e excentrico. Estes elementos são encontrados em grande numero na periphèria de velhos fòcos de suppuração, constituindo a membrana pyogena, còr de manteiga, da parede interna dos abcessos e em torno de focos diversos de necrose, denunciando a reabsorpção de substancias graxas.

Formam-se á custa principalmente de cellulas conjunctivas ou de plasmazellen e, pela grande semelhança com os elementos blastomatosos da xanthoma, são geralmente conhecidos com o nome de cellulas pseudo-xanthomatosas.

Segundo a exposição feita pelo auctor tem-se a impressão de se tratar de um caso de endosalpingite chronica, provavelmente gonococcica, em que se deu anteriormente a formação de puz com destruição mais ou menos limitada da mucosa com seu epithelio de revestimento.

Com a reabsorção da substancia necrosada purulenta veiu a formação das cellulas pseudo-xanthomatosas e posteriormente a regeneração do epithelio, como sóe acontecer nas inflammações purulentas e de modo especial nas de origem gonococcica.

O que nas salpingites purulentas antigas parece macroscopicamente infiltração purulenta, conforme as recentes observações de Pich, não passa de accumulo de elementos cellulares volumosos, claros com substancias bi-refragentes, isto é, de cellulas pseudo-xanthomatosas.

Não é necessario, portanto, invocar o concurso de elementos heterogeneos e parasitarios para explicar a presença destas cellulas, parecidas muito embora com as amebas. Assistimos apenas ao desempenho de uma função, de que são capazes as cellulas conjunctivas e, no nosso caso de provavel infecção gonococcica, principalmente as plasmazellen.

Resta ainda explicar como, quando e por onde se deu a infecção amebiana numa mulher que nunca sahira da França e que nunca soffrera alterações dysentericas ou dysenteriformes, como o proprio auctor affirma.

Na apreciação de um quadro morbido, mais do que o estudo de cada elemento, deve ser levado em conta o conjuncto das circumstancias e das alterações, não se preterindo nunca as relações entre os diversos processos.

Si esta não fôr a norma, a cada passo surgirão difficuldades de interpretação, dando em resultado diagnosticos esdruxulos, como o que estamos discutindo e que, no entanto, mereceu o *placet* do grande parasitologista Blanchard.

Nos mesmos "Archives de Parasitologie" de 30 de Outubro de 1910, ha uma observação não menos interessante sobre este assumpto, feita por Duval e Lemarchal, com o titulo seguinte: *Cellulas simulando amebas e cancer de evolução normal*.

Por uma punção aspirada praticada num ganglio sub-maxillar mais ou menos fluctuante, os auctores acharam, em meio de neutrophilos alterados, cellulas grandes simulando amebas a ponto do Prof. Brumpt, a quem consultaram, achar, no principio, admissivel semelhante hypothese. Sómente, após exames repetidos de preparações a fresco e coradas, o eximio parasitologista modificou seu parecer, fazendo notar entre outros caracteres differenciaes a facil coloração dos nucleos, depois da fixação, destes grandes elementos cellulares. O exame histologico consecutivo veiu demonstrar que se tratava de uma metastase ganglionar de um carcinoma planocellular corneificado do fundo da boca.

A illação natural e logica que do exposto tiramos é que, principalmente em nosso meio em que a infecção amebiana não é tão rara, faz-se mister redobrar de attenção e cautela antes de se firmar semelhante diagnostico, ou recorrer a quem tenha mais familiaridade com estes estudos.

S. Paulo, 14 de Dezembro de 1918.

Uma sciencia incompleta :— A Chimica

Por J. L. de Campos — 2.º annista

I. A CHIMICA HODIERNA.

Após os trabalhos dos dois ultimos seculos, a chimica parece, nos dias hodiernos, uma sciencia perfeitamente estabelecida. Os trabalhos de Lavoisier deram-lhe os alicerces necessarios para o seu desenvolvimento; a obra de Berthollet teve como consequencia o estabelecimento de leis effectivas, por que se realisam os phenomenos chimicos; sob os esforços de innumerous cientistas, se operou a consolidação da chimica, tanto mineral como organica.

A thermo e a electrochimica appareceram e se desenvolveram exuberantemente.

A sciencia verificou os grandes vinculos existentes entre a physica e a chimica, de um lado, e entre a chimica e a biologia, no outro extremo. Appareceram a physico-chimica e a bio-chimica.

Realisou-se a synthese da maioria dos compostos organicos e, de victoria em victoria, quasi se chegou á synthese dos albuminoides mais complexos e se investigou a origem da propria materia viva.

Apesar dos progressos incontestaveis, realisados pela sciencia chimica, não se deve admittir, como infelizmente o fazem innumerous autores, que tudo já esteja terminado.

A chimica não passa de uma criança com certa harmonia, anatomica e physiologica, de todas as suas partes, mas bastante afastada do desenvolvimento integral de todos os seus orgãos. Domina-a ainda muita incoherencia entre os seus phenomenos geraes e falta-lhe tambem uma exactidão perfeita das suas leis e principios, como se deve requerer de uma sciencia que continua immediatamente a physica.

II. A NOMENCLATURA CHIMICA.

Muitos factores concorrem para que a chimica não tenha ainda attingido o ápice do seu desenvolvimento. Um delles é a falta de uma nomenclatura logica, simples e concludente.

Se a nomenclatura é o methodo da chimica, não se póde exigir que esta sciencia galgue as culminancias do seu apogeu com um methodo tão imperfeito como o de que dispõe.

O methodo ideal seria o que não só explicasse todos os phenomenos já conhecidos, mas fornecesse ainda recursos e suggestões para se imaginarem, se estudarem, se pesquisarem e se descobrirem outros e muitos phenomenos.

A nomenclatura unitaria de que se serve a chimica não permite nenhuma margem a investigações. E' uma especie de mathematica restricta a um determinado numero de factos, cujo todo constitue um verdadeiro circulo vicioso.

Não ha uma harmonia de explicação entre a chimica dos corpos mineraes e a dos compostos organicos, embora estas duas chimicas constituam um só todo uniforme, unicamente dividido por necessidades didacticas.

Muitos factos se subtraem á sua explicação, mesmo na propria chimica mineral que serviu de base para o seu estabelecimento, em substituição da escola dualista.

Em breves palavras, lembrarei alguns dos que tenho encontrado em meus estudos particulares.

As theorias unitarias não explicam:

- 1) porque o gaz sulfuroso, o gaz carbonico e mesmo o anhydrido sulfurico reagem sobre certos oxydos, formando saes por addição, como o sulfato de chumbo, o carbonato e o sulfato de baryo;
- 2) porque na decomposição dos saes do paragrapho anterior, ha o phenomeno inverso com producção de anhydrido e oxydo;
- 3) porque o gaz carbonico transforma os carbonatos em bicarbonatos;
- 4) porque, pela oxydação, os saes de metal no minimo se transformam em saes de metal no maximo, como acontece com o sulfato ferroso;
- 5) porque, na decomposição de certos saes de metal no maximo, ha precipitação de oxydo metallico, para se formar o sal de metal no minimo;
- 6) porque, na reacção da agua sobre o azotato neutro de bismutho ou o azotato mercurico, ha producção de saes basicos;
- 7) porque da acção do oxydo de carbone sobre o hydrato de potassio se forma formiato de potassio;
- 8) porque o anhydrido silicico actua sobre o sodio metallico para formar silicato de sodio.

Ha ainda muitas outras incongruencias, algumas muito mais complexas; mas bastam as citadas.

Por estas e outras razões, creio que a escola unitaria nenhuma vantagem tenha sobre a dualista e compreendo o motivo porque chimicos illustres se vejam muitas vezes obrigados a recorrer á antiga escola ou sejam declaradamente dualistas.

III. A CHIMICA E A MINERALOGIA

A nomenclatura estereoquimica, com o emprego de formas geometricas no espaço, poderia ser de grande utilidade para o progresso da chimica.

Infelizmente a estereoquímica só tem recorrido a figuras arbitrárias, sem nenhuma razão de ser, afóra o desejo pessoal deste ou daquele observador.

Como método didáctico, os símbolos estereo-químicos servem para explicar os isómeros de um determinado agrupamento de átomos e distinguir as reacções que se possam dar com estas diferentes formas isoméricas. Como método científico, porém, faltam á estereoquímica não só vínculos que unam os diferentes isómeros entre si, de modo que se possa passar de um a outro predeterminado, mas também conexões entre todos os símbolos geometricos de que se utiliza.

Em minha opinião, as representações estereo-químicas deveriam se basear na forma cristallina dos corpos químicos.

A mineralogia está destinada a representar, segundo acredito, uma importante função na química. Entre os factos que me attrahiram a atenção para o papel da mineralogia na química, rememorarei os seguintes:

1) O calor de formação dos compostos químicos varia segundo os constituintes são ou não cristallisados.

2) Os corpos químicos que possuem a mesma forma cristallina apresentam em seus compostos uma grande analogia. O carbone e o silício são ambos octaédricos. Ambos são tetravalentes e de um modo geral o silício tem uma tendencia a reproduzir os compostos de carbone, mesmo os da química organica.

A analogia póde se estender a corpos de valencia diferente. O mesmo carbone e o enxofre possuem ambos uma forma octaédrica, pertencente ao systema cubico para o primeiro e ao orthorhombico para o segundo. O gaz sulfuroso tem uma formula analogá á do gaz carbonico e mesmo o gaz sulphydrico se assemelha ao ethylenio, se a sua formula for polymerisada. Entretanto, o enxofre divalente não explica como se possa combinar com dois, e mesmo tres, átomos de oxygenio.

3) Um mesmo corpo químico produz reacções diferentes segundo a forma cristallina que apresenta. Recordarei o exemplo do carbone, que sob a forma de graphito, sob a influencia do chlorato de potassio e do acido azotico a 60°, se transforma em oxydos pyrographiticos. Nas mesmas condições, o diamante não soffre nenhuma reacção e o carvão de madeira desenvolve gaz carbonico.

4) A quantidade enorme de polyedros que se podem derivar da forma cubica explica em grande parte a immensidade dos compostos derivados de carbone. O cubo está em condições excepcionaes para produzir derivados, em que domine uma estructura harmoniosa e symetrica, o que não póde acontecer com nenhum outro systema cristallino.

5) As formas cristallinas não passam de estados de equilibrio com o meio ambiente, isto é, com as condições de temperatura e pressão.

O enxofre, segundo as circumstancias, póde ser prismatico, octaedrico, amorpho.

Do mesmo modo, certos compostos chimicos apresentam modificações isomericas, que aliás não passam de uma reacção ao meio ambiente excitante e uma tentativa para um equilibrio entre a acção e a reacção.

Acredito que ha uma influencia do phenomeno mineralogico no phenomeno chimico. Qual seja, porém, ainda não conheço. Talvez mutações cristallinas no corpo simples que serve de nucleo ao composto chimico.

A importancia da forma cristallina na chimica póde ser avaliada pela minha memoria "O carbone pyramidal", em que procurei estabelecer as bases da chimica do carbone, com uma harmonia perfeita entre todos os compostos cyclicos e acyclicos.

A mineralogia serviu-me naquelle trabalho não só para explicar toda a chimica organica, mas ainda para resolver phenomenos que contradiziam a todas as leis chimicas.

Recordarei sómente um exemplo, aliás bastante typico do estado de desenvolvimento incompleto em que se acha a chimica.

Nos nossos estudos de chimica, apprendemos:

a) que na reacção entre dois elementos, ha tendencia para se formar o composto mais saturado ou o que desprender maior quantidade de calor, de accôrdo com o principio do trabalho maximo de Berthelot;

b) que os corpos mais instaveis são os distantes do ponto de saturação ou os formados com menos calor de producção.

Ora na reacção do carbone com o hydrogenio, em vez de se formar methana, composto saturado, ou ethylenio quasi saturado, o que se vae produzir é acetylenio, composto bastante afastado da saturação e formado com um desprendimento de calor, inferior ao de qualquer dos antecedentes.

Ainda mais. A acção do calor ou da electricidade sobre a methana ou o ethylenio os decompõe para formar-se acetylenio, emquanto que este corpo não só resiste a todas as acções physicas, mas ainda dá polymeros como a benzina, o estyroleno, o naphtaleno, o acenaph-teno, etc.

As theorias chimicas soffrem uma completa bancarrota perante estes phenomenos, que aliás serviram para as syntheses brilhantes dos compostos organicos, realisadas por Berthelot.

Algum espirito rotineiro e mediocre responderá que este facto é uma excepção. Naturalmente, todas as incongruencias e incertezas que assignalo são excepções. Toda a chimica de Lavoisier foi baseada em excepções da theoria do phlogistico.

Nos meus estudos sobre o carbone provei que com a forma cristallina octaedrica se explicam todos aquelles factos, verdadeiramente anormaes. Não convem repetir o que escrevi naquella memoria.

Terminando, espero que as considerações deste parographo despertem algum interesse no meio scientifico e contribuam assim, embora indirectamente, para o progresso da chimica.

IV. A CHIMICA DOS LABORATORIOS E A CHIMICA DA NATUREZA.

Outro obstaculo ao desenvolvimento da chimica reside na ausencia de senso scientifico da maioria dos investigadores. Raros são os que saem da rotina commum e não se contentam em repetir que tudo já se fez e nada mais resta a se realizar.

Admiro sincera e profundamente a obra de todos os trabalhadores da sciencia, mas este sentimento não me offusca o espirito a ponto de julgar que a chimica já esteja completamente estabelecida em bases logicas e impereciveis. Ha um grande aperfeiçoamento dos processos chimicos industriaes, mas scientificamente a chimica pouco progrediu depois de Lavoisier e está quasi que estacionaria.

Além da falta de independencia de muitos scientists, ha ainda o espirito amante de complexidades de uma grande maioria. Recordo-me sempre da synthese do acido citrico realisada pelos senhores Grimaux e Adam. Um chimico muito conhecido gracejou com bastante humorismo que era melhor plantar limoeiros e esperar. Na verdade, ha um contraste grande entre a chimica dos laboratorios e a chimica da natureza.

O ideal da sciencia seria reproduzir no laboratorio com a mesma simplicidade o que se passa na natureza. Talvez esta seja a chimica do futuro.

A natureza é a grande Mestra, basta saber interrogal-a e applicar os seus ensinamentos. Ouvindo-a foi que Moissan conseguiu realizar a reproducção, para sempre admiravel, do diamante.

Os processos chimicos naturaes são os mais faceis; os seus recursos, os mais reduzidos; os seus resultados, os mais surprehendentes.

Insensiveis aos nossos sentiçõs, se operam as transformações de um corpo em outro, se realisam syntheses de compostos complexos, se produzem degradações de corpos superiores, se fazem hydratações e deshydratações, se completam reduções e oxydações.

Estudando esta chimica ignorada, o nosso primeiro dever seria considerar os agentes das reacções e os processos chimicos que se verificam.

Os agentes são a luz, o calor, a electricidade e, em grande proporção, os chamados fermentos. Sobre a natureza destes factores, nada ou pouco sabemos; os seus efeitos sómente contribuem para elles se definirem.

Sobre as reacções químicas que se devem passar, também nada sabemos. Classificamos o phenomeno, mas ignoramos a sua essencia intima.

Porque processos quimicos intermediarios a glycose, se converte em alcool, os assucares se desdobram, os saes ammoniacaes se transformam em azotatos e azotitos, o alcool ethylico produz o acido acetico ?

A sciencia, com toda magestade, responde que houve uma fermentação. Os indiscretos devem calar e contentar-se. Mas o que é uma fermentação, qual o seu mecanismo intimo? Silencio.

Em minha opinião, fermentação é um nome, como outro qualquer, para designar determinada classe de phenomenos e, se quizerem, uma denominação muito commoda para occultar, sob o véo diaphano de uma grande erudição, a nudez completa da nossa ignorancia. Não me refiro absolutamente ás idéas biologicas, que dominam em medicina sobre fermentos. O organismo humano possui condições especiaes de ambiente, de modo que não se póde assegurar que as reacções "in vitro" se devam reproduzir "in vivo".

Considero tão sómente o phenomeno quimico. Sob este ponto de vista, a experiencia tem confirmado plenamente as minhas theorias.

Sobre as fermentações, que também se podem realizar identicamente no laboratorio, cumpre-me lembrar :

- 1) que cada fermento exige certos requisitos especiaes de ambiente, sem os quaes não manifestará as suas propriedades.
- 2) que certos alcalis e acidos diluidos realisam, em certas condições, os mesmos phenomenos quimicos operados pelos fermentos ;
- 3) que, se os mesmos fermentos produzem hydratações analyticas ou deshydratações syntheticas, da mesma forma os mesmos acidos, principalmente o sulfurico, podem produzir analyses e syntheses.
- 4) que, para haver estas acções quimicas reversiveis, ha necessidade do estabelecimento de certas condições especiaes de ambiente, tanto para os fermentos como para os acidos.
- 5) que existem innumeras reacções quimicas, principalmente as do capitulo seguinte, que absolutamente não são fermentações e, entretanto, se realisam por um processo intimo semelhante ao das fermentações e também ignorado da sciencia.

Por estas e outras objecções que poderia fazer e pela meditação acurada de todos os phenomenos inherentes ou não á fermentação, cheguei ás seguintes conclusões :

- 1) Os fermentos são meramente factores que contribuem para a realisação dos phenomenos quimicos. Do mesmo modo que o calor e a electricidade, favorecem ás reacções, mas não intervêm absolutamente no phenomeno quimico intrinseco.
- 2) A acção do fermento se limita a produzir certas transformações do ambiente, tornando certos corpos dotados de propriedades que não possuíam nas condições normaes, formando compostos instaveis e

productos intermediarios que se encarregam de todas as mutações químicas realizadas.

3) As reacções produzidas por estes compostos, intermediarios e fugazes, estão completamente de accôrdo com as theorias geraes da sciencia chimica hodierna.

Quaes são, porém, estes compostos intermediarios e, sob que influencias, além da dos fermentos, podem actuar é o que constituiu assumpto da minha memoria — “As reacções secundarias da sciencia chimica”.

A melhor prova de que os factos, que estudei, e as conclusões, a que cheguei, eram verdadeiros é que a experimentação tem confirmado todas as minhas idéas. Na medida dos meus recursos, consegui realizar “in vitro” muitas fermentações sem fermentos. As minhas investigações foram mais além. Realisei metamorphoses na propria chimica mineral. O carbonato de ammoneo se transformou, sem o auxilio de outros corpos, a não ser o agente da reacção, em azotato de ammoneo e methana, por uma verdadeira fermentação artificial.

Não me compete apreciar o valor desta conversão. Outros ha que saberão dar a Cesar o que é de Cesar.

V. UMA CHIMICA DESPREZADA.

Nenhuma admiração me causa a ignorancia d'estas reacções intermediarias, que constituem todo o processo das fermentações e de quasi todos os phenomenos produzidos pela natureza.

Na propria chimica do laboratorio, se realisam muitas reacções que, de forma alguma, poderiam ser, e de facto não o são, explicadas pela sciencia chimica. Os autores se limitam a simples equações que sómente representam phenomenos geraes. Entretanto, a explicação destas equações forneceria á sciencia chimica um vasto campo de meditação e desvendaria, aos olhos dos scientists, novos e vastos horizontes.

Não pretendo senão lembrar alguns destes phenomenos; mais tarde me occuparei talvez de publicar a explicação dos differentes processos.

1) Na reacção do acetato de sodio e a soda caustica se formam methana e carbonato de sodio. Houve necessariamente uma scisão do acetato e oxydação para converter uma das partes em carbonato. Qual o mecanismo das reacções?

2) Identicamente houve necessidade de scisões e oxydações: a) na acção do acido benzoico sobre a cal viva para formar benzina e carbonato de calcio; b) na acção da potassa caustica sobre o alcool methylico para produzir formiato de potassio; c) na acção do hydrato de sodio sobre o aldehydo ethylico para se formar acetato de sodio; etc. Quaes os phenomenos?

3) Na reacção do chloral com a soda caustica, ha producção de chloroformio e formiato de sodio.

Para se formar o chloroformio, houve necessidade de hydrogenação; para o formiato foi mister uma oxydação. Como se realisaram?

4) A mesma hydrogenação e a mesma oxydação são mais visiveis na acção da potassa diluida sobre o acido cyanhydrico, com formação de ammoniaco e formiato de potassio. A propria agua, em presença do acido chlorhydrico que se combina ao ammoniaco, actua sobre o acido cyanhydrico, produzindo acido formico e ammoniaco. Qual a explicação destes factos?

5) O acido isocyanico em solução aquosa se transforma em carbonato acido de ammoneo. Onde adquiriu a agua a função de oxydante, que existe neste phenomeno, além da hydratação?

6) O aldehydo benzylico, em presença dos alcalis, se desdobra em benzoato e alcool benzylico. Qual o processo realizado para uma mollecula de aldehydo soffrer oxydação e dar acido benzoico, em quanto que simultaneamente outra mollecula se hydrogena formando alcool?

7) Qual a reacção porque o estanho em presença da potassa diluida forma estannato de potassio?

8) Qual a reacção porque o carbonato neutro de potassio transforma os bichromatos em chromatos, desprendendo-se gaz carbonico?

9) Qual a acção do enxofre sobre o bichromato de potassio para formar sulfato de potassio e sesquioxydo de chromo?

10) Qual o motivo porque na reacção do acido azotico sobre o zinco os productos formados são differentes de accôrdo com a concentração do acido e que relação tem este phenomeno com a acção da agua sobre o azotado mercurico?

11) Porque, se em muitos destes phenomenos lembrados a hydratação poderia explicar o facto, embora fosse um pouco forçada, em innumerables d'elles há méramente oxydação e desprendimento de hydrogenio como acontece com a acção do estanho sobre a potassa, do aldehydo ethylico e o hydrato de sodio?

Sei muito bem que todos estes phenomenos não passam de simples hydratações e deshydratações, de méras oxydações e reducções. Mas, por isso mesmo que são bastante simples, deveriam já ter sido completamente estudados.

Na minha memoria citada — “As reacções secundarias da sciencia chimica”, trato de todos estes phenomenos.

VI. CONCLUSÃO.

Pela leitura dos differentes capitulos desta exposiçào, pela meditação das muitas incongruencias, incertezas e ignorancias que assignalei,

conclue-se, sem nenhum esforço, que na verdade a chimica é uma sciencia incompleta.

Talvez não seja esta a opinião da sciencia official. Na verdade, quando posso esquecer os meus trabalhos, as minhas opiniões, as minhas esperanças, e medito com a mente geral de todo mundo, sou levado a crer que de facto tudo está terminado e a chimica é uma sciencia admiravel.

E deve ser assim mesmo. As theorias e investigações de um chimista desconhecido, sem nenhuma cathedra official, nunca passarão de meras phantasias, conjecturas vans e loucas...

S. Paulo, Agosto de 1919.

Noticiario

BIBLIOTHECA

A nossa bibliotheca enriqueceu-se com as seguintes obras: "Clinique therapeutique" em 2 volumes, de Dujardin — Beaumetz e "Leçons de Therapeutique" de G. Hayem, offerecidas pelo Dr. Aguiar Pupo.

Foram também adquiridas 25 obras e varias theses, da bibliotheca do saudoso professor Etheocles Gomes.

Para a organização dos catalogos muito tem trabalhado o bibliothecario sr. Mario da Costa Galvão.

RECONHECIMENTO DA ESCOLA

Uma das aspirações que, desde a fundação da Escola, os seus alumnos vêm alimentando é o reconhecimento da mesma pelo Governo Federal.

Propalára-se que, formada a primeira turma de medicos, este desejo seria satisfeito. Mas, fôsse pelas condições anormaes do fim do anno passado, quando todos ainda se resentiam da depressão geral causada pela epidemia; ou fôsse pelas mutações occorridas na politica federal, devidas ao fallecimento do então presidente eleito—o facto é que não foram, infelizmente, confirmados aquelles boatos.

Em meiodos deste anno, os nossos collegas dirigiram ao Centro um pedido relembando a conveniencia de iniciar-se um movimento em favor da questão.

Attendendo a este pedido, a Directoria do Centro officiou ao Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, adduzindo ao mesmo tempo as razões em abono da causa. O Dr. Director remetteu este officio, acompanhado de um seu, ao Dr. Secretario do Interior, secundando assim o nosso pedido.

A imprensa, não só paulista como carioca, pelos seus organs mais representativos como o "Jornal do Commercio" edição de São Paulo, "Imparcial" etc..., noticiando o facto, sobre elle bordou commentarios, reconhecendo a justiça das nossas pretensões e a necessidade da sua realização.

O Governo do Estado, a exemplo do que alcançou para a Escola Polytechnica, pretende obter, para a nossa, o reconhecimento por decreto especial, que tornará validos, em todo o Brasil, os diplomas conferidos aos que aqui se formem.

Ultimamente, como o Centro devesse offerer aos srs. Presidente do Estado e Secretario do Interior o 2.º volume da Revista de Medicina, ricamente encadernado, como já o fizera com o 1.º volume, a sua Directoria serviu-se dessa oportunidade, para reiterar o pedido de reconhecimento da Escola, directamente a ss. excias.

Recebidos em audiencias especiaes, os directores do Centro, depois de offererem o referido mimo, fizeram respectivamente ao Dr. Altino Arantes e ao Dr. Oscar Rodrigues Alves, a entrega de uma mensagem, em que se solicitavam os esforços de ss. excias. para a causa emprehendida.

Na que era dirigida ao primeiro, entre outras cousas, se lembrava que, tendo sido inaugurado o curso medico em São Paulo quando s. ex.ª era Secretario do Interior, podia, agóra que é Presidente, alcançar o reconhecimento federal para a Faculdade.

Na que endereçamos ao Dr. Oscar Rodrigues Alves, foi rememorado que a sua ex.ª, como filho do saudoso conselheiro que assignou e fez executar a lei referente á fundação da Escola de Medicina, cabia continuar a obra do seu digno progenitor, trabalhando pelo seu reconhecimento.

Respondeu o Dr. Altino Arantes, que os desejos dos alumnos da Faculdade iam ao encontro do seu, pois nesse sentido já havia até dado instrucções aos deputados paulistas do Congresso Federal, a fim de que o Governo da União reconhecesse a Faculdade de Medicina. Esperava pois ser bem succedido.

O mesmo, mais ou menos, disse o Dr. Secretario do Interior, accrescentando que, como desejasse o reconhecimento igual ao obtido para a Escola Polytechnica, tinha relembado ao Dr. Carlos de Campos, que fôra o proprio sr. Epitacio Pessoa quem, como ministro do Interior e da Justiça no governo Campos Salles, referendára o

decreto que outorgava aos engenheiros da escola paulista, as regalias concedidas aos diplomados das escolas federaes.

Após essas audiencias, a Directoria do Centro passou um telegramma ao Dr. Carlos de Campos, illustre "leader" da bancada paulista, pedindo os bons officios de sua ex.^a, que, no dia seguinte, respondia:

"Accuso telegramma Faculdade. Estou agindo todo empenho. Grato honrosas referencias."

Carlos Campos.

Como se vê, não deve pois tardar o dia em que o Governo da União reconhecerá a Faculdade de Medicina de São Paulo, para gaudio dos seus alumnos e honra do nosso Estado.

Damos a seguir o que, a respeito do reconhecimento da Escola, escreveram o "Jornal do Commercio" de São Paulo e o "Imparcial":

"A Directoria do Centro Academico "Oswaldo Cruz" acaba de dirigir um officio ao Sr. Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, Director da Faculdade de Medicina de São Paulo, solicitando a sua intervenção afim de que esse estabelecimento de ensino superior seja reconhecido pelo Governo Federal.

O pedido do Centro, representante de todos os alumnos da nossa Faculdade de Medicina, merece ser attendido pelo illustre cientista a quem foi dirigido e apoiado pelo Governo do Estado, pois as allegações dos estudantes paulistas são justas e procedentes.

São Paulo, pela sua extensão territorial e pela sua riqueza, poderá dar trabalho a todos os jovens que forem diplomados pela sua escola medica, mas isso não impede que uma grande parte dos moços aqui formados procurem outros Estados para exercer a sua nobre profissão. No momento actual, entretanto, não a poderão exercer se não dentro das fronteiras estadoaes, porque a Faculdade de Medicina de São Paulo, apesar de sua reconhecida seriedade, não foi ainda reconhecida pelo Governo Federal.

Não pretendemos estabelecer confrontos, nem realçar o valor dos professores que constituem a congregação da nossa escola, mas é forçoso reconhecer que qualquer um delles póde, sem receio de ser o seu saber offuscado, estar ao lado dos mais competentes mestres que têm assento nas velhas e illustres Faculdades do Rio e da Bahia.

Cumpre ainda notar que outro estabelecimento de ensino superior paulista, a Escola Polytechnica, cujas normas, como affirmam, e com razão, os estudantes de medicina, são semelhantes ás da Faculdade,

que alli as foi buscar, goza das regalias que lhe advêm do reconhecimento.

A Escola de Pharmacia desta Capital, fundada e dirigida por uma associação particular, goza tambem dessas regalias.

Ora, assim sendo, não vemos motivo para que essas mesmas regalias não sejam extendidas á Faculdade de Medicina, onde se ensina de verdade e onde os seus alumnos são diplomados porque digeriram aquillo que lhes foi ensinado.

A iniciativa do Centro "Oswaldo Cruz" é, pois, opportuna e merece ser fortemente apoiada.

(“Jornal do Commercio” de 6—9—919).

“O IMPARCIAL”

Uma bella iniciativa do “Centro Academico Oswaldo Cruz” da Faculdade de Medicina de São Paulo

Acompanhados do distincto academico de medicina Sr. Levy Sodré, estiveram hontem em nossa redacção alguns membros da directoria do “Centro Academico Oswaldo Cruz”, que vieram solicitar o nosso apoio á brilhante campanha que o mesmo vem fazendo em favor do reconhecimento, pelo governo federal, da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Nesse sentido, o “Centro Academico Oswaldo Cruz já fez um requerimento ao Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, director daquella Faculdade.

A imprensa paulista, vendo a justiça da causa por que se bate o “Centro Academico Oswaldo Cruz, transcreveu e elogiou, em “suetos”, essa bella iniciativa.

A Faculdade de Medicina de São Paulo foi fundada em 1913 e deu, em dezembro proximo passado, a sua primeira turma de doutores em medicina.

O seu curso escolar é regular e rigoroso, sendo talvez uma das escolas em que mais se estuda no Brasil, e, entretanto, ainda não é reconhecida, o que constitue uma verdadeira incoherencia para o exercicio da profissão, que assim se acha limitado ao Estado de São Paulo.

E, pois, justa e digna de applausos a iniciativa do Centro Academico Oswaldo Cruz, que é o orgão dos estudantes daquella escola.

(“Imparcial” de 25—9—919).

Prophylaxia e cura da avaria

Eis o que, nesse sentido, escreveu o "Estado de São Paulo", em Agosto p. p., sobre o empreendimento do "Centro Academico Oswaldo Cruz e Gremio dos Internos dos Hospitales:

O Gremio dos Internos dos Hospitales e o Centro Academico "Oswaldo Cruz" da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, de accôrdo com os estatutos que regem as respectivas associações, tiveram a iniciativa da fundação de postos para a prophylaxia e cura da avaria. Essa idéa foi ao encontro dos desejos do sr. dr. director do Serviço Sanitario, que applaudindo o louvavel empreendimento, deu mão forte aos alumnos, que, a seu turno, não pouparam esforços, correspondendo, desta maneira, inteiramente, á boa disposição do Serviço Sanitario. Graças a estes esforços conjugados, é uma realidade, entre nós, o serviço de Prophylaxia e Cura da Avaria.

Os dados que se seguem autorisam-nos esta affirmativa. São em numero de cinco os postos que se acham funccionando; um instalado na Santa Casa; outro, na terceira delegacia de Saude, á avenida Rangel Pestana, 288-A; outro, na segunda Delegacia de Saude, ao largo Coração de Jesus, 7; outro, na quarta delegacia de Saude, á avenida Brigadeiro Luiz Antonio, 42-C. e, finalmente, um quinto, na quinta delegacia de Saude, á rua Araujo, 10.

O posto da Santa Casa começou a funcionar em 8 de Setembro do anno proximo passado. Os da segunda e terceira delegacias em 12 e 24, respectivamente, do mesmo mez e os da quarta e quinta delegacias em Julho ultimo. O doente para ser matriculado em um posto, é necessario que venha munido do attestado medico. Este attestado deverá dizer respeito não sómente quanto á molestia de que o individuo é portador, como tambem referir-se ao estado de fortuna do mencionado doente. E' obvio, portanto, que só serão admittidos ao tratamento, pessoas manifestamente indigentes.

Cada doente tem no posto, em que está matriculado, um cartão, onde é escripturado todo o seu tratamento. Em cada posto, ha um estudante, que o dirige, e um enfermeiro ajudante.

Na Seccção de Prophylaxia do Serviço Sanitario, á rua Ipiranga, acha-se installado um serviço de colheita de sangue, para a reacção de Wassermann. Este serviço tem sido feito systematicamente. Nos casos negativos, provoca-se a reactivação do sangue por meio de uma pequena série de injecções intravenosas de mercurio, procedendo-se, então, á nova pesquisa do desvio do complemento.

Todos os doentes que forem submettidos ao tratamento pelo Novarsenobenzol são sujeitos prévia e rigorosamente ao exame summario de urina, sendo igualmente respeitadas as contra-indicações.

O movimento dos postos tem sido o seguinte:

Posto da Santa Casa:—Doentes matriculados, 518; do sexo masculino, 350; do sexo feminino, 168; maiores de 14 annos, 500; menores de 14 annos, 18; brasileiros, 221; estrangeiros, 297.

Tratamento feito: injecções endovenosas: de cyanureto de mercurio, 2.386, iodeto de sodio, 420; "914", 2.324.

Injecções intra-musculares de oleo cinzento, 146; biodeto de mercurio, 98; benzoato, 67.

Posto de segunda Delegacia.—Doentes matriculados, 53; do sexo masculino, 48; do sexo feminino, 5; maiores de 14 annos, 53; menores de 14 annos, 0; brasileiros, 40; estrangeiros, 13.

Tratamento feito: injecções intravenosas: de cyanureto de mercurio, 680, e de iodeto de sodio, 90; iodeto de mercurio, 40; benzoato, 37.

Posto da terceira Delegacia.—Doentes matriculados, 140; do sexo masculino, 90; do sexo feminino, 50; maiores de 14 annos, 138; menores de 14 annos, 2; brasileiros, 79; estrangeiros, 61.

Tratamento feito: injecções endovenosas: de cyanureto de mercurio, 1.324, e de iodeto de sodio, 97; iodeto de mercurio, 43; benzoato de mercurio, 93.

Posto da Quarta Delegacia.—Doentes matriculados, 6; do sexo masculino, 5; do sexo feminino, 1; maiores de 14 annos, 6; menores de 14 annos, 0; brasileiros, 4; estrangeiros, 2.

Tratamento feito: injecções endovenosas: de cyanureto de mercurio, 14, e de iodeto de sodio, 2; biodeto de mercurio, 1; benzoato de mercurio, 4

Posto da quinta Delegacia.—Doentes matriculados, 8; do sexo masculino, 7; do sexo feminino, 1; maiores de 14 annos, 8; menores de 14 annos, 0; brasileiros, 4; estrangeiros, 4.

Tratamento feito: injecções endovenosas: de cyanureto de mercurio, 10, e de iodeto de sodio, 2; iodeto de mercurio, 1; benzoato de mercurio, 4.

PROF. MIGUEL COUTO

Foi um auspicioso e feliz acontecimento a visita que o prof. Miguel Couto fez a São Paulo, a convite da Sociedade de Medicina e Cirurgia.

Intelligencia superior, possuindo em alto gráo uma cultura scientifica e litteraria, como o provam os seus titulos e cargos honrosos que occupa, alcançados uns e outros pelo seu merecimento inquestionável—o prof. Miguel Couto é, no Brasil actual, uma das figuras de maior evidencia.

A isso tudo, allia uma bondade que captiva todos quantos com elle privem ou siquer venham a conhecel-o. Uma circumstancia, em si muito simples, mas que revela bem a verdade do que dizemos é o facto altamente significativo de todos os com quem temos falado sobre Miguel Couto dizerem com a maior espontaneidade: "Que homem sympathico! E' realmente muito sympathico o Miguel Couto!"

E pronunciam assim, sem rodeios nem titulos, o nome do excelso patricio, porque elle já é nosso, integrou-se ao patrimonio do Brasil e, portanto, é dos brasileiros.

—O prof. Miguel Couto chegou a esta Capital na tarde de 1.º de Outubro, tendo sido recebido na "gare" da Luz por representantes do Governo, pelos professores e elevado numero de alumnos desta Escola, membros da classe medica e muitas pessoas de destaque social.

No dia 2, á tarde, no Salão Verde do Cinema Central, realizou a sua primeira conferencia intitulada: "Da aerophagia simuladora". E' um estudo proprio do prof. Miguel Couto, que o expôz com inegualavel brilhantismo. A segunda conferencia effectuou-se no dia immediato, nos mesmos local e hora e versou sobre: "O electro-cardiogramma do feixe atrió-ventricular".

De tudo quanto se prende á visita do illustre homem de sciencias á nossa Capital, deram os jornaes detalhadas noticias. Contentamos nos em recordar a visita feita á Faculdade de Medicina.

Foi no dia 3 ás 14 horas e meia. Recebido com uma estrondosa e entusiastica ovação pelos alumnos, o prof. Miguel Couto foi introduzido na sala do Director por uma commissão composta dos srs. profs. Pires de Campos, Sylvio Maia e Oscar Freire de Carvalho.

Em seguida percorreu todas as salas de aula, laboratorios e mais dependencias da Escola, observando tudo com muito interesse.

A impressão colhida, deu-a posteriormente, quando alguém alle-gava não ser proprio, mas apenas adaptado, o edificio da Faculdade: "Uma escola, disse, não é a sua séde: são os seus professores, são os seus alumnos; dizendo isto, fiz o elogio da Faculdade de Medicina." E mais adiante: "Vim de lá encantado". E quando de volta ao Rio, abordado por um jornalista, terminou assim a entrevista concedida: "E' mais um fóco de irradiação scientifica."

Na sala de aulas de Physiologia, o prof. Miguel Couto inaugurou a placa com o nome do saudoso professor desta cadeira, Etheocles de Alcantara Gomes, fallecido por occasião da pandemia de grippe, e que foi alumno e interno do nosso illustre visitante.

Por essa occasião, o prof. Cantidio de Moura Campos, actual cathedratico, pronunciou a seguinte allocução:

“Sr. Prof. Miguel Couto:

A vossa visita a este Laboratorio, além da honra excelsa conferida e de um auspicioso acontecimento para sua evolução, que o é para toda a Escola, tão illustre é a personalidade de V. Exa., tem para nós, que aqui trabalhamos, especialissima significação, tocando bem fundo a nossa sensibilidade.

Não, é uma saudação que venho dirigir; não vos ousaria tomar a atenção de um minuto quem não se sente capaz nem autorizado para tal; essa a tereis á hora e á altura do vosso renome; é simplesmente um apello que a vossa presença nos evoca, encarando por um outro prisma o character de vossa visita, pelo aspecto da affectividade, pelo lado do coração.

Não quiz a fatalidade implacavel das cousas vos viesse receber aqui á porta, entre todos entusiasta, com o mais sincero impulso de admiração, aquelle que foi vosso estimado discipulo, vosso interno diligente, sempre vosso dedicado amigo, que diariamente evocava o vosso nome em um circulo cada vez mais crescente de veneração e orgulho.

Aqui o encontrareis, entretanto, em nosso coração, pulsando vibrante ás emanações suaves de vossa pessoa, na ancía vã e impetuosa da forma que se dilue, desesperada, na emoção que nos invade.

Tão grande o vosso coração, tão conhecedor desses aspectos da alma humana para adivinhar em seus detalhes os anseios de mysterio que não encontram, nem nunca poderão encontrar a exteriorisação material e satisfactoria eternamente desejada de sua essencia.

Só um espirito como o de Anthero de Quental, nas crises doentias de pessimismo, aspira no desaparecimento e na morte, para uma eterna redempção, a liberdade da forma que o captiva e o illude.

Etheocles Gomes tão rapido passou por esta cathedra, mas, com tal brilho e fulgor, que até hoje a esteira luminosa de sua trajetoria nos fere a retina em imagens vivas e intensas que a saudade não deixa esmorecer.

Desejavamos, senhor Professor, que, por occasião de vossa visita a esta Escola, pela rapida passagem por este laboratorio, deixas-seis inaugurado em uma destas paredes, em grata recordação que ao menos attenua a desagradavel surpresa do encóntro de seu substituto, uma placa que inscreva o nome de Etheocles Gomes a esta nossa sala.

Nada mais sensível, nenhuma homenagem mais tocante á sua lembrada memoria, fôsse, pelas mãos de seu amado mestre, mãos serenas de amigo, levantado o veo que occulta esta inscripção, despin-do-se-a, commovedoramente, aos olhos dos que aqui assistem e dos que por aqui passarem, no seu nome suggestivo, que hoje é uma aspiração e um ideal. Rendendo este modesto, profundo e formoso

tributo á sua saudade, peço-vos digneis, pelas vossas mãos e pelo vosso coração, officiar o baptismo desta sala, novo canto de uma velha casa, inaugurando esta placa.”

Depois destas palavras, que foram muito applaudidas, o prof. Miguel Couto, num bello improviso e muito emocionado, recordou a figura vigorosa e suggestiva do seu pranteado ex-alumno e grande amigo.

Em seguida, dirigiu-se ao amphitheatro da Faculdade, onde, em sua honra, o Centro Academico “Oswaldo Cruz” realizava uma

SESSÃO SOLENNE

Aguardavam-no todos os alumnos da Escola que o receberam em meio duma verdadeira apotheose.

Assumiu a presidencia da sessão, a convite do sr. Potyguar Medeiros, vice-presidente em exercicio, o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, que deu a palavra ao orador official do Centro, sr. José Ignacio Lobo. Este produziu então o seguinte discurso:

“Sr. Director, sr. prof. Miguel Couto, senhores, meus collegas: Não sei a que maiores honras possa aspirar esta Faculdade, depois das que lhe confere a visita do insigne prof. Miguel Couto, o ex-poente maximo da medicina no Brasil.

Si é verdade que a difficilima arte hippocratica, transformada com o evoluir dos tempos e o concomitante progresso dos conhecimentos humanos na sublime sciencia da actualidade, é, como se tem dito, comparavel a um sacerdocio; si não erram os que, com essa metaphora, lhe reconhecem um papel tão elevado, a que realmente ella faz jús pela nobreza de suas attribuições e pela abnegação que exige dos que se lhe consagram; si, apesar da mercantilização dos que a exploram torpemente, esta divina sciencia artistica ou arte scientifica não desmereceu ainda das bençans de que a tem coberto a humanidade agradecida — concordemos então, senhores, que este templo, em que vos congregastes, acaba de receber, entre palmas e ovações, ao pontifice das sciencias medicas em nossa Patria e, na mais contente demonstração de reconhecimento, no mais sincero tranporte de alegrias, na mais eloquente vibração de entusiasmo, digamos todos: “Ecce sacerdos magnus” !

Acclamando-o, é á propria Medicina que acclamamos, a deusa bemfazeja cujas graças disputamos para aprender a magia da cura, já que nos não é dado conhecer o **elixir da longa vida**. Cultuando-o, é á nossa estremecida Patria que cultuamos, no conjunto de cuja or-

ganisação moral e intellectual, Miguel Couto prima como grandeza inconfundivel.

Dest'arte, em sua conspicua personalidade se encarna, não sómente o scientista abalisado, como o servidor glorioso da Patria.

Porquanto, senhores, em todos os paizes, ha um nucleo de homens eminentes que, pelo seu proprio merito, se elevam no conceito geral, conseguem impôr-se á admiração e ao respeito publicos e adquirem um prestigio que os torna acatados por um povo inteiro.

Estes vultos privilegiados constituem cellulas vividas no concerto organico de suas patrias. Tornam-se, pelas culminancias que galgáram, os orientadores da opinião publica, os formadores de correntes scientificas, litterarias ou philosophicas.

Por isso, de certo modo elles reflectem o valor intellectual de uma nação — precisamente porque delles mesmos é que partem as opiniões e as theorias com que os seus compatricios se vão, aos poucos, identificando.

Verdadeiros guias do espirito da collectividade, a sua influencia é mais duradoura que elles proprios; repercute, annos e annos, através das vicissitudes do tempo e chega a operar prodigios: os historiadores, vós o sabeis, apontam a Revolução Francêsa como effeito remoto de doutrinas que se infiltráram no espirito do povo, desde os fins do seculo XVII e durante todo o seculo XVIII, doutrinas defendidas e diffunlidas por homens que se haviam tornado os mentores intellectuaes dos seus coevos.

O que se passa no terreno social, pode-se dizer que se realiza tambem no terreno puramente scientifico ou litterario. A influencia destas intelligencias extraordinarias se exerce de modo manifesto, principalmente sobre os que as acompanham e estudam, que assim se tornam, a seu turno, como que pequenos mentores, satellites do grande astro.

A que concorrem então estes vultos eminentes? A que concorre, quando maiores consequencias não tenha, o seu formidavel prestigio?

A dar, senhores, ao intellectualismo duma nação, ás suas lettras como ás suas sciencias, um cunho original que é a feição litteraria ou scientifica destes mesmos autores, destes homens consagrados, que se fizeram mestres da geração intellectual contemporanea. Elles imprimem aos methodos scientificos como ás lettras patrias, um feittio genuinamente nacional.

Pois bem, senhores, no que concerne á medicina brasileira, eu não exaggerarei si disser que é diante duma dessas personalidades grandiosas, diante dum fanal scientifico e egualmente litterario, diante dum destes super-homens, que se impôz á admiração unanime da nossa gente, immortalizado perante os brasileiros e consagrado

“leader” da sua classe—que nós nos reunimos, para prestar-lhe o preito das nossas melhores homenagens e reafirmar-lhe, da nossa parte, o reconhecimento a que tem direito pelo papel eminente a que ascendeu na medicina nacional!

Continuador emerito de Torres Homem e de Francisco de Castro, o prof. Miguel Couto deu aos nossos estudos medicos e aos nossos methods scientificos um aspecto proprio.

Sua maior gloria é a posição a que o guindaram os seus merecimentos: orientador da medicina no Brasil. A sua acção, neste particular, ha de se traduzir no que, daqui a pouco, se poderá chamar a escola brasileira!

E são de homens como este que precisa a nossa Patria: homens que a façam acatada por todos; pelo estudo de cujas producções se aquilate do adiantamento de um paiz; homens que lhe fomentem o progresso nos conhecimentos, que lhe incrementem as lettras e as sciencias, sem deturpal-as, umas e outras, com enxertos e arremedos que tréscalam a imitações b̄aratas!

Ainda hontem mesmo ouvistes—e com que satisfação, certamente—da bocca de ouro do nosso homenageado, a noticia da confirmação das suas idéas e do reconhecimento da sua primazia, por notavel medico argentino, no tocante a questões que se prendem ao estudo da aerophagia.

E’ a prova, dentre muitas, que a autoridade de Miguel Couto ultrapassou as fronteiras da Nação!

Mas, senhores, não bastassem estes attributos para recommendal-o aos nossos applausos e á nossa estima—que a sinceridade entusiasmica com que, ha pouco, o victoriámos se explicaria pelo que em Miguel Couto constitue um traço peculiarissimo de sua captivante pessoa.

E’ que este illustre scienista, realizando o typo mais perfeito de professor, acerca-se dos seus discipulos para conquistar-lhes o coração antes de conquistar-lhes a mente, não se revestindo, no desempenho de suas funcções, da imponencia emproada de que só fazem apologia os retardatarios em assumptos pedagogicos.

Comprehendendo a inefficacia do systema que separa o alumno do mestre, pondo entre ambos um abysmo intransponivel, o professor Miguel Couto prefere estreitar relações com seus discipulos, fazendo presidir a este convivio, uma cordialidade, uma accessibilidade, que o tornam venerado por quantos têm a dita de ouvir-lhe os ensinamentos.

As relações de mestre com alumno não devem cingir-se ás horas da aula, em que se exige obrigatoriamente uma attenção que nem sempre este pode dispensar, seja ás vezes pela aridez do assumpto, seja em outras por uma condição personalissima, como o estado de humor individual.

Reinando ao contrario, entre elles toda familiaridade (que absolutamente não implica em desrespeito á pessoa do mestre nem a diminue), não só os frutos colhidos são em maior copia, como esses discipulos felizes se tornam o vehiculo das idéas scientificas professadas na sua escola e dos principios ethicos que nella imperam.

E o prof. Miguel Couto é assim: mestre bondoso, accessivel a todos, amigo dos seus alumnos, elle deixa á clareza de seus argumentos e á logica de suas exposições o papel persuasivo que outros pretendem emprestar ás apparencias de suas proprias pessoas e á solenidade com que professam "ex-cathedra" — talvez com muito boas intenções, como a de empolgar os ouvintes, mas infelizmente com pouco ou nenhum exito.

Sabedores dos predicados que exornam o excelso professor, é que vós o acolhestes com uma alegria que bem revela a estima e o apreço que da parte dos estudantes merecem todos quantos são verdadeiramente seus amigos.

E si nós o recebemos como um pontifice da medicina, bem sabemos que em sua pessoa tambem se encontram a bondade e a amabilidade do mestre.

Ao contrario dos triumphadores antigos que encaravam com menosprezo aos que os ovacionavam, este glorioso triumphador da medicina moderna, que traz presas ao seu carro, como tropheus, as enfermidades que debellou e a ignorancia que baniu, compartilha com todos as alegrias de suas victorias e os louros de seus triumphos !

Pois que no Brasil não se aprendeu ainda, infelizmente, a dar aos seus grandes homens o valor que elles merecem — ensinemos nós, meus amigos e collegas, os nossos patricios a amar o que é da nossa Terra, a glorificar os seus filhos illustres, começando por glorificar e amar os nossos mestres e scientists. Porque esta glorificação collectiva, partida de nós, ha de incentivár em nossos irmãos a veneração pelos nossos grandes compatriotas !

Por isso, sr. professor, os alumnos da Faculdade de Medicina de S. Paulo se rejubilam com acolher-vos, orientador brilhante que sois da medicina nacional !

Salve, tres vezes salve, insigne scientista, professor eminente e bondoso, amigo e companheiro dos vossos discipulos, patriota benemerito que honra o Brasil com o prestigio do vosso nome, a competencia das vossas opiniões, a firmeza e a convicção das vossas idéas !

Recebei, sr. professor, o que de melhor e mais caro possuímos: o nosso perseverante trabalho academico, concretizado nesta colleção das nossas revistas; os sentimentos effusivos do nosso coração, concretizados nestas flôres !"

As palmas que acompanharam as ultimas palavras do orador, redobram ao ser entregue ao professor Miguel Couto uma lindissima "cor-

beille” de nymphaeas, pela nossa collega senhorita Carmen Escobar Pires. Foi igualmente entregue a sua ex.^a a collecção dos doze numeros da “Revista de Medicina”, luxuosamente encadernada e com a seguinte dedicatória:

Ao prof. MIGUEL COUTO,

Homenagem do Centro Academico “Oswaldo Cruz”.

Muito commovido, respondeu o homenageado:

“Meus senhores:

Na terra das exuberancias, tudo é exuberante. Que havia eu de dizer da mocidade que é a propria exuberancia?

O jovem e eloquente orador que acaba de falar, arrastou-me na torrente luminosa da sua palavra; mas no fim senti-me seguro onde estava, isto é, na minha humildade. E’ que todos os cultores das sciencias são humildes e os da medicina ainda o devem ser mais. As grandes difficuldades, de todos os dias, da nossa profissão nos ensinam a humildade.

O orador descobriu em mim qualidades que não possuo e desejava possuir e esqueceu de uma que possuo e que não desejava possuir. Falou de muita cousa que me alegraria e não falou dos meus cabellos brancos. A minha velhice, entre outros direitos, concede-me o de falar, como agora, dando conselhos porque sou mais velho, e não só por ser mais velho, como tambem por ser professor.

Eu diria então aos meus jovens collegas que nós viemos ao mundo para servir á patria e á familia. Estarão extranhando que eu não diga á humanidade; mas humanidade é uma palavra que não existe. A reunião dos homens não forma a humanidade, mas sim um circo de feras; o homem ainda não está recolhido á humanidade. Talvez mais tarde tenha esta significação; mas neste momento a palavra póde ser riscada do dictionario.

Nós devemos trabalhar para a patria; e trabalhamos para a patria defendendo-a na guerra e fazendo-a prosperar na paz. Não falemos em guerra, nós, que somos medicos. Como já disse num discurso — “A medicina e a guerra” — essa palavra não existe no dictionario medico. O medico, quando vaé á guerra, é para fazer o bem; é para não conhecer amigos e inimigos. Não falemos nisso.

Devemos servir á patria durante a paz, exercendo cada um, com fé, o seu officio. Sereis medicos, sois quasi medicos, quasi meus collegas. Deveis empregar todo vosso espirito na vossa arte, em querel-a e amal-a. Deveis sentir-vos orgulhosos da vossa profissão e deveis “deleitar-vos nella”: creio que no “Ecclesiastes” existe uma expressão

mais ou menos nesse sentido, mas que não me ocorre. Mas deveis deleitar-vos na vossa profissão, achar sempre encantos; e a medicina offerece sempre encantos ao mais voluptuoso das coisas scientificas. Deveis cultivar o vosso espirito nas sciencias, na litteratura e na philosophia, para distrahir (como já disse,alguem) como aquelle que abrisse uma janella para contemplar uma vizinha de olhos de chispa; mas convem fechal-a logo para voltardes á vossa medicina, porque ella é sempre cheia de encantos. Ai do homem que perde o encanto da sua mulher! mais vale abandonal-a.

A acção humana se caracteriza por tres cousas: pelo egoismo que é a vontade a trabalhar para si mesmo; pelo altruismo, que é a piedade a trabalhar pelo bem dos outros; e pela maldade, que é a vontade ao serviço do mal alheio. O medico só deve conhecer uma dessas cousas e vem a ser a piedade; conhecendo as outras não é medico.

Nossa profissão é de piedade, de sacrificios, de provações, de soffrimentos. Clinicar é soffrer. Tanto soffre o medico como o doente: o doente pelas suas dores e o medico pelas suas e pelas dos doentes. Soffre o medico porque adivinha o que se vae passar; soffre quando não póde adivinhar o que se vae passar; soffrimento de todos os momentos, soffrimento de manhã e de noite, soffrimento durante o prazer, porque a idéa está sempre no doente. Si não fôr assim não será medico honesto. Melhor será procurar outra profissão porque será sempre um descrente, até mesmo um maldizente.

Mas não tenho mais palavras com que traduzir as emoções constantes destes tres dias, pelo carinho que tenho recebido desde os collegas até os senhores, que supponho, neste momento, tambem meus alumnos. Já não tenho mais expressões, porque estou fallido dellas. Só tenho a dar o meu coração: pois os collegas que o recebam.”

A assistencia applaudiu delirantemente as ultimas palavras de sua exa. que, em seguida, se retirou para visitar os outros predios da Faculdade.

Depois desta sessão solenne, uma commissão composta da senhorita Carmen Eçobar Pires e dos srs. F. Britto Pereira, Potyguar Medeiros e José Ignacio Lobo, foi até a “Rotisserie Sportsman” a fim de entregar á sra. Miguel Couto as flores offerecidas ao seu esposo e cumprimental-a em nome do Centro Academico “Oswaldo Cruz”.

Directoria para 1920

A 7 de Outubro realizou-se a eleição da Directoria do Centro Academico "Oswaldo Cruz" para o anno vindouro.

Ao pleito compareceu elevadissimo numero de socios, que assim demonstraram o interesse por esta sociedade academica. Muitos concurrentes, egualmente, se apresentaram, tendo-se até verificado um curioso caso de empate entre os srs. Tacito Silveira e Custodio Cardoso de Almeida Junior para o cargo de 1.º secretario. Este empate foi resolvido como o mandam os Estatutos, isto é, pela sorte, que foi favoravel ao primeiro.

Ficou assim constituida a nova Directoria:

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| Presidente | Potyguar Medeiros |
| Vice-presidente | Waldemar B. Pessoa |
| 1.º Secretario | Tacito Silveira |
| 2.º Secretario | Raphael da Nova |
| 1.º Orador. | José Ignacio Lobo |
| 2.º Orador. | Felicio Cintra do Prado |
| 1.º Thesoureiro | C. A. Pereira Leitão F.º |
| 2.º Thesoureiro | Luiz da Costa Abreu Sodré |
| Bibliothecario. | Luiz Pereira Barretto Neto |

**Podeis ser e não sois Eleitor ?
SOIS MÁO CIDADÃO!**

SUMMARIO

| | |
|---|--------|
| Joaquim Queiroz Dr. Nazareno Orcesi | Pag. 3 |
| Nova contribuição ao estudo da "Blastomy- cose interna" Prof. Dr. Walter Habersfeld | 5 |
| Dois observações de "Exascose" (ex Blasto- mycose na Bahia) Prof. Dr. Pirajá da Silva | 7 |
| Tumor não específico da hypophyse e sua genese Dr. Carmo Lordy | 11 |
| Doença de Rustizky-Kahler (myeloma) Dr. Ernesto de Souza Campos | 18 |
| A proposito de um caso de urethrorrhaphia circular Dr. Zephirino do Amaral | 37 |
| Salpingite amebiana Dr. Carmo Lordy | 42 |
| Uma sciencia incompleta: — A Chimica J. L. Campos (2.º annista) | 45 |
| Noticiario | 53 |

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).