Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XX | JANEIRO DE 1942

Publicação mensal

BIBLIOTECA DA FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — (1941)

Presidente
ÁLVARO BARCELOS FERREIRA
Cat. Cl. Méd. Propedêutica

Vice-presidente
LUIZ BARATA
Doc. Cl. Urológica

Secretário Geral
RUBENS MACIEL

1.º secretário
JOSE' GERBASE
Doc. Cl. Dermo-Sifilográfica

2.º secretário
ORLANDO BIANCAMANO

Tesoureiro
ANTÉRO SARMENTO

Bibliotecário
E. J. KANAN
Cat. Int. Cl. Cirúrg. e Ortop.

Direção científica
NINO MARSIAJ
Doc. Cl. Médica

TOMAZ MARIANTE
Cat. Cl. Médica

RAUL MOREIRA
Cat. Cl. Pediátrica Méd.

Secretário da Redação
ALFREDO HOFMEISTER

21
jan-dez

REDATORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
FLORENCIO YGARTUA
NOGUEIRA FLÔRES
VALDEMAR CASTRO
PEDRO MACIEL
JACÍ MONTEIRO
MARIO BEEND
NINO MARSIAJ
AMÉRICO VALERIO
J. LISBÔA DE AZEVEDO
IVO CORRÊA MEYER
LUIS S. BARATA
HELMUTH WEINMANN
RAUL DI PRIMIO
MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
DECIO DE SOUZA
ANES DIAS
RAUL MOREIRA
PEREIRA FILHO
J. L. T. FLÔRES SOARES
J. MAIA FAILACE
CARLOS CARRION
ÁLVARO B. FERREIRA
C. LUPI DUARTE
JOÃO G. VALENTIM
ANTONIO LOUZADA
VALDEMAR NIEMEYER
E. J. KANAN

ASSINATURAS:

Ano: 25$000 — 2 anos: 40$000 — Estrangeiro ano: 40$000

Séde da Redação: Rua dos Andradas n. 1117

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

VICTOR ARMAND UGÓN — Operação de Semb ..... pg. 1

PAULO MAURELL MOREIRA — Notas à margem do problema de abastecimento de leite à cidade de Porto Alegre .. " 7

CARLOS CARONE — A identificação hospitalar dos recem-nascidos ..... " 11

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**

Tônico geral - Remineralizador - Reconstituinte - Estimulador

— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel

Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro

SD AOS MÉDICOS — O INSTITUTO TERAPÊUTICO ORLANDO RANGEL SUBMETE AO SEU ESCRUTÍNIO OS SEUS PRODUTOS

F. M. P. A.

BIBLIOTECA

Reg. n.º 2218

Em 13/5/61

GLYCOSORO

O melhor contra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chloretada

Uma injecção diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO PHOSPHO-ARSENIADO COM OU SEM ESTRYCHNINA

Laboratorio Gross Rio de Janeiro

Operação de Semb

por

Victor Armand Ugón

A toracoplastia determina um colapso pulmonar importante no sentido transversal, mas, no sentido vertical, o colapso é escasso. A cupula pulmonar fica presa ao cólo da primeira costela.

Mesmo realizando-se toracoplastias amplas, é muito frequente que as *cavernas do lobulo superior* — diminuidas, mas bacilíferas — *persistam na goteira costo-vertebral*, adiante das apófises transversas. *A caverna persistente após uma toracoplastía, adquire uma fórma vagamente triangular, cujo vértice corresponde ao vértice da primeira costela.* Outras vezes, a caverna se apresenta como uma fenda ou ranhura aplicada sôbre o mediastino superior.

Quem, como nós, se dedica à cirurgia do torax, póde ter observado, com frequência, esta *lesão residual*, mesmo após o sacrifício total dos arcos costais superiores. Esta foi a razão que nos induziu a utilizar a apicolise extra-facial, complementar da toracoplastia, praticada por Semb, de Oslo, com a finalidade de suprimir tais lesões residuais, de futuro incerto e de terapeutica difícil ou impossivel e que malogram a cura de muitos cavitários.

Com a técnica de *C. Semb*, o colapso transversal que proporciona a toracoplastia é utilmente complementado pelo colapso vertical realizado pela descida extra-facial da cupula pleuro-pulmonar. Nestas condições, o lobulo superior, abaixado e deslocado, póde retrair-se concentricamente, de maneira similar à retração centripeta que se observa no pneumotorax efetivo.

COMO REALIZAMOS O SEMB

Habitualmente, operamos os adultos sob anestesia lóco-regional, tendo uma ou duas horas antes injetado neles a mistura de Clairmont (escopolamina, eucodal, efetonina). Nas crianças, utilizamos a anestesia geral pelo éter. Nos adultos nervosos ou com escassa expectoração, tambem fazemos uso do éter ou da anestesia geral com gazes.

Praticamos uma ampla incisão para-vertebral que, contornando o omoplata, alcança a linha axilar posterior. Aberto o interstício celular situado entre o grande peitoral e o trapezio, deslocam-se estes músculos que, a seguir, são seccionados parcialmente. Afim de facilitar a hemostáse — que é sempre laboriosa — utilizamos o bisturí elétrico.

Ressecam-se, sub-periosticamente, as tres, quatro ou cinco costelas superiores, numa extensão desigual a partir de baixo: pequenos fragmen-

tos da quinta, maior extensão da quarta, os dois terços da terceira, os três quartos da segunda e a totalidade da primeira até atingir a cartilagem. Na parte posterior ressecam-se, cuidadosamente, os segmentos pré-transversais das costelas, com exceção da primeira, cuja extremidade posterior, seccionada, se conserva como ponto de referrência para as manobras de apicolise. Antes de iniciar a ressecção da segunda e primeira costelas, seccionam-se os músculos escalenos. A ressecção da primeira costela é extraperióstica em sua maior extensão.

Finda a toracoplastia, passamos ao segundo tempo: apicolise extrafacial, que se realiza de acordo com as diretivas de Semb. Unicamente insistiremos no importante papel que o tronco das intercostais, o ramo da subclávia e os dois primeiros nervos intercostais desempenham na fixação da cupula pleuro-pulmonar. Na extremidade posterior dos espaços intercostais — verdadeiro hilo — existem, frequentemente, gânglios que, com seu ambiente de periadenite, dificultam a liberação do pulmão.

Via de regra, liberta-se em primeiro lugar a parte posterior da cupula, *seccionando, atrás, os músculos, o periosteo e os elementos do espaço intercostal,* que se incluirão numa ligadura comum. Esta secção juxta-vertebral e vertical das partes móles, permite passar do espaço extra-mural ao espaço sub-facial do mediastino posterior. (Finocchietto).

A seguir, libéra-se a parte antero-superior até ver-se a artéria mamaria interna. O descolamento nesta zona é, em realidade, subfacial. A cupula pleuro-pulmonar, destacada atrás e na frente, fica presa unicamente encima e atrás, sôbre a primeira vertebra, solidamente mantida por um conjunto ligamentoso que se pediculizou progressivamente e que deve ser seccionado cuidadosamente.

Evitar-se-á a dissecção das cavidades supra-clavicular e axilar afim de não abrir, desnecessariamente, os espaços celulares destas regiões, tão sujeitas à infecção. Mobilizada a cupula pleuro-pulmonar, fixamos, com o ponto de catgut, as extremidades posteriores do espaço intercostal e o periósteo ao cólo da primeira costela subjacente, que permanece intacta.

Esta fixação tem por finalidade diminuir a respiração paradoxal e evitar, ulteriormente, a *reascensão da cupula pulmonar* (Gale e Midelfart).

O espaço apicolítico é, habitualmente, drenado com tubo de borracha, durante as primeiras 48 horas.

RESULTADOS ANATÔMICOS DO SEMB

Os resultados anatômicos que proporciona o Semb são superiores, em muito, aos que produz a melhor toracoplastia superior, mesmo quando complementada com a ressecção das apófises transversas. Uma vez terminada a operação de Semb, a cupula pleuro-pulmonar fica abaixo do plano horizontal que passa pela extremidade posterior da quarta costela, tendo, portanto, descido de seis a dez centímetros da sua posição primitiva. Após a prática da operação de Semb, não se observa mais a persistência de uma lâmina pulmonar juxta-mediastinal atingindo até a pri-

meira dorsal, como acontece habitualmente após uma simples toracoplastia.

Além disso, e olhando sob outro ponto de vista, esta operação proporciona um colapso eletivo, colapsando a zona doente sem que o parenquima são subjacente seja atingido, fato que determina a conservação de maior capacidade vital.

DIFICULDADES OPERATORIAS

As dificuldades operatórias pódem ser previstas, em sua maioria, pelos *antecedentes de pleurite*, pelo *tempo que transcorreu* desde o início da doença e pelo *estudo das radiografias*. Quando estas ultimas assinalam uma grande imbricação costal, véus densos de pleurite, cavernas tangentes ao mediastino ou grande deslocamento traqueo-esofágico, a intervenção de Semb será muito laboriosa, grave e tornar-se-á impossivel levá-la a cabo sem lesar o pulmão ou as estruturas nobres mediastináis ou supraclaviculares.

A tuberculose cavitária com cinco ou mais anos de evolução, a induração cirrótica, dificultam consideravelmente as manobras de apicolise.

A peri-pleurite adquire grande extensão e solidez nos doentes tratados com pneumotoraces inoperantes por aderências do lobulo superior e que se complicaram com pleurizes. Um dos nossos operados apresentava estes antecedentes e, além disso, a radiografia evidenciava um depósito de lipiodol junto ao mediastino superior. Neste doente, a operação de Semb foi sumamente difícil pelo grande trabalho que tivemos para identificar, pela dissecção, os órgãos nobres ocultos e imersos numa extensa massa fibrosa de peri-pleurite. Após uma cicatrização inicial da ferida toracoplástica, sobreveio uma fistulação pulmonar secundária na cavidade apicolítica, que exigiu drenagem.

Semb afirma que 80% dos doentes que chegam até ele são sucetíveis de intervenção pela sua técnica. Nós, tambem, temos observado mais ou menos isto, e, hoje, após termos praticado mais de cem vezes esta intervenção, não duvidamos em retroceder perante certos casos que já ultrapassam os limites de segurança exigidos pela cirurgia colapsante.

Não tivemos a lamentar, em nenhum caso, ferimentos dos órgãos mediastinais, com exceção do simpático torácico que foi lesado em quatro doentes. Em dois casos houve ferimento da pleura com produção de pneumotorax operatório. Tratava-se de doentes que haviam sofrido reiteradas tentativas de pneumotorax terapêutico.

COMPLEMENTO DO SEMB

Frequentemente a operação de Semb constitue o primeiro tempo de uma toracoplastia que deverá ser ampliada para baixo e para frente em outros tempos operatórios.

O estudo pré-operatório das radiografias informa sôbre o número de costelas que devem ser ressecadas e norteia uma tática operatória em sessões sucessivas, dentro dos seguros limites da resistência do paciente. Quando a toracoplastia precisa ser ampliada para baixo, num segundo

tempo operatório, é conveniente realizar esta intervenção complementar antes que a regeneração óssea bloqueie o colapso produzido pelo primeiro tempo de Semb, isto é: antes da quinta semana. Para levar a efeito este segundo tempo, reabre-se a incisão anterior, extirpam-se os segmentos da setima e sexta costela e recortam-se as estremidades que se haviam conservado, da quinta e quarta, levando, assim a ressecção à maior amplitude possivel.

Em geral, nos casos de cavernas crônicas com induração cirrótica, produz-se, após o Semb, uma descida da caverna que torna necessário ressecar maior número de costelas subjacentes do que se previa.

MORTALIDADE DA OPERAÇÃO DE SEMB

Em nossa estatística, a mortalidade da tóraco-apicolíse extra-facial de Semb foi de 9%. Como se vê, esta porcentagem é mais elevada do que a proporcionada pela simples toracoplastia. O tempo extra-facil agrava, indiscutivelmente, a operação, agravamento que nós avaliamos em 5% sôbre a toracoplastia. Tal porcentagem póde diminuir evitando-se operar os casos avançados, com grande induração fibrosa de muitos anos ou aqueles onde exista uma grande paqui-pleurite englobando e mascarando os órgãos nobres que devem ser respeitados. Quando se intervem em tais casos, não se deve culpar o Semb e sim o ter sido em extremo retardada a corréta indicação operatória de um colapso cirúrgico. Não é justo atribuir à cirurgia o que, em realidade, constitue um êrro da indicação médica.

COMPLICAÇÕES DO SEMB

Em 12% dos casos operados, houve grave infecção da ferida operatória, retardando a convalescência, repercutindo desvantajosamente sobre o estado geral e dificultando ou impossibilitando o segundo tempo operatório, antecipadamente planejado.

Dois dêstes enfermos persistem com fístula da ferida operatória após vários anos, apresentando secreção bacilífera. Num outro doente existe um abcesso frio da cavidade apicolítica que exigiu várias punções evacuadoras. Estas complicações supurativas pódem ser atribuidas ao deslocamento e traumatismo dos grandes gânglios alojados na parte posterior dos espaços intercostais.

A causa destas grandes supurações radíca na abertura operatória das cavernas superficiais, lesão que passa facilmente despercebida.

Os fatos observados levam-nos a acreditar que esta complicação é secundária e, frequentemente, determinada pela necróse isquêmica da parede das cavernas ou de nódulos sub-pleurais, necróse causada pela desvitalização dos tecidos que realiza, em certo gráu, a apicolíse extra-facial.

Ameuille e seus colaboradores estudaram o papel nutritivo que desempenham os vasos intercostais na manutenção da vitalidade das paredes distais das cavernas corticais; as substâncias corantes injetadas nas artérias pulmonares nunca passam às artérias intercostais; mas, quando existem placas de sinfise pleural, as injeções de corantes praticadas nas

intercostais alcançam facilmente a circulação pulmonar. A secção das bridas pleurais — no decorrer do pneumotorax — evidencía ser pouco importante a hemorragia do côto pulmonar, ao passo que é, por vezes, temivel a perda de sangue do côto parietal.

Idêntica comprovação se realiza na prática do pneumotorax extra-pleural ou na apicolíse extra facial.

Podemos concluir, destes dados, que a sinfise e as aderências pleurais representam, frequentemente, processos de defesa condicionando reações circulatórias de compensação junto à zona distal das cavernas periféricas, cuja perfuração isquêmica impedem.

Estas constatações explicam a perfuração retardada ou secundária das cavernas na cavidade apicolítica e a grave infecção subsequente da ferida operatória. Por esta razão, no Semb, a intervenção deve ser realizada o mais extra-facialmente possivel, procurando conservar a maior quantidade de tecidos vascularizados que contribuem para manter a irrigação sanguínea no lóbulo descolado.

VANTAGENS DO PROCESSO DE SEMB

A intervenção é relativamente fácil e benigna quando praticada em época oportuna, isto é, antes que se estabeleça a induração cirrótica do lóbulo afetado.

Devemos frisar o quanto é pouco doloroso o post-operatório, bem mais eufórico do que o da simples toracoplastia. Este fato, aparentemente contraditório, explica-se pela secção dos nervos intercostais que, na apicolíse extra-facial, não estão submetidos ao vái-vem traumatizante da respiração paradoxal que acompanha, em maior ou menor gráu, todas as toracoplastias.

Segundo a nossa experiência, os surtos homo-laterais ou contro-laterais foram menos frequentes após o Semb do que habitualmente observamos após a simples toracoplastia. A menor frequência das complicações pulmonares está ligada, indiscutivelmente, ao colapso mais harmônico que a operação de Semb determina, permitindo a retração concentrica uniforme, sem torsão nem angulação dos bronquios.

RESULTADOS DO SEMB

A grande vantagem do processo de Semb radíca na maior porcentagem de cicatrização das cavernas e no fato de tornar a baciloscopía negativa numa proporção muito mais alta do que a conseguida pela isolada.

Estudando a série de operados antes de Novembro de 1938, isto é, doentes que tenham, pelo menos, dois anos de tratamento, obtemos os seguintes resultados: 70% acham-se clínica e radiológicamente curados, com reiterada ausência de bacilos de Koch. Dos 30% restantes, uns mantêm bacilos de Koch e outros faleceram. Convêm notar que alguns destes operados que mantêm baciloscopía positiva, apresentavam e ainda conservam, lesões contro-laterais que explicam, suficientemente, esta persistência, mas a caverna apical, tratada cirurgicamente, desapareceu e as

lesões contro-laterais persistentes são suscetíveis de melhorar. Nos 30% de resultados incompletos ou máus, estão incluidos todos os que faleceram e que atingem a 15%, inclusive as mortes operatórias.

Estes resultados são nitidamente superiores aos que obtinhamos com a toracoplastia simples. Por este motivo, na maioria das cavernas do lóbulo superior é nossa prática atual iniciar o colapso plástico por um primeiro tempo de tóraco-apicolise extra-facial de Semb.

Há dois anos, afirmavamos, numa comunicação sobre a operação de Semb, que em todos os casos de cavernas do lóbulo superior, era conveniente iniciar o colapso cirúrgico por um primeiro tempo operatório segundo a técnica de Semb. Hoje, com maior experiência, acreditamos que esta afirmação é demasiado categórica e que, quando as cavernas são externas, superficiais, situadas na parte inferior do lóbulo superior, o Semb é uma operação excessiva, pois tais lesões curam-se com toracoplastia simples.

Sintetisando: nas cavernas apicais ou tangentes ao mediastino ou muito volumosa, o Semb é, talvez, a maneira mais segura de cicatrizar lesões dificilmente curáveis pela toracoplastia simples.

BIBLIOGRAFIA

SEMB C — Toracoplastia com apiche extra-facial. Acta Chir. Scandinav. 76; 1-85-1935.

OVERHOLT R. H. — Toracoplastia com deslocamento do pulmão. An. Rev. Tuberc. 34: 411-1937.

CALE E MIDELFART. — Apicolise extra-facial (SEMB) Seorgery. Vol. 3. 234a 259. 1938.

BONIOT E LATREILLE. — Reflexões sobre a operação de Semb. Revue de la tuberculose. Tomo 5.º. 521, 545. 1939.

INDD E GARDNER C. — Apicolise extra-facial. The Thor. Susp. Vol. VII. p. 622.

AMEUILLE-LEMOINE E FAUVERT. — Bull. et Mem. Soc. des Hop. de Paris, 7 de Junho de 1937.

ARMAND UGON, A. VICTORICA e E. DODERA. — Toraco-apicolíse extra-facial. Archivos Uruguayos de Med. Cia. y Esp. Tomo XVI — N.º 3, pag. 210 a 218. Maio de 1940.

O Neosalvarsan

existe no mercado em quantidade suficiente para atender qualquer pedido em todas as dosagens.

O Neosalvarsan

deve ser dissolvido conforme as nossas instruções sòmente em **água bidistilada** ou em **sôro glicosado à 10%** o que proporciona uma perfeita solução homogênea e máxima tolerância. Não assumimos qualquer responsabilidade por soluções de Neosalvarsan preparadas com outros meios dissolventes como sejam, extratos hepáticos, soluções de cálcio, etc. que frequentemente estão sujeitas, mais cêdo ou mais tarde, a alteração fora do contrôle do fabricante.

BAYER

ORIENTAÇÃO SEGURA na Sifiliterapia

NATROL

HIDRO-SOLUTO DE TÁRTARO-BISMUTATO DE SÓDIO

Produto original do Prof. Parreiras Horta, cuja eficácia na Sífilis experimental e humana foi amplamente confirmada por Giemsa, Arning e outros cientistas de renome universal, assim como pela intensa e progressiva preferência em 20 anos, dada pela Classe Médica Brasileira.

O **bismuto ideal,** segundo exigências dos mais reputados sifilólogos da atualidade (Cole, Hanzlick, etc.)

NATROL "A"

- (10,5 mgr. de Bi-metal por 2 c.c.)

Sífilis em todas as suas formas, sobretudo viscerais. Boubas, anginas inespecíficas, pênfigos, dermite de Dühring, lupus eritematoso, úlceras tropicais. Sífilis infantil.

NATROL "B"

- (21 mgr. de Bi-metal por 2 c.c.)

Sífilis primária e, em geral, todas as formas de sífilis muito ativas. Sífilis maligna.

Caixas de 6 a 12 empôlas de 2,2 c.c.

NATROL POMADA

- Dermatoses, úlceras, furúnculos, piodermites. Adjuvante do tratamento parenteral da sífilis ulcerosa, nos cancros venéreos mixtos e na queratite.

LABORATORIO CLINICO SILVA ARAUJO

CAIXA POSTAL 163 RIO

Notas á margem do problema de abastecimento de leite á cidade de Pôrto Alegre

Entrepostos regionais de refrigeração:

pelo

Dr. Paulo Maurell Moreira Docente livre de Higiene

O fornecimento de leite puro às coletividades humanas é, por certo, um dos problemas mais árduos em matéria de Saúde Pública.

Em trabalho apresentado à Faculdade de Medicina de Porto Alegre, estudamos, de maneira geral, quasi todos os aspectos referentes à tão importante questão. Voltamos hoje à tratar dêsse assunto, no tocante às medidas que têem sido utilizadas entre nós, para minorar as deficiências periódicas dêsse produto e melhorar-lhe a qualidade, duas condições básicas para o perfeito abastecimento público dêsse produto alimentício.

Baseada nestes princípios a Direção da nossa Uzina de Beneficiamento, em princípios do ano passado começou a crear postos recebedores do leite produzido em diversas regiões, resfriando-o e remetendo-o à nossa cidade. Em certos casos, porém, devido a pouca educação dos produtores, o leite chega a êsses postos em más condições, com acidês bastante elevada, impróprio para o consumo. Nestes casos, aproveita-se o creme para o fabrico de manteiga, assim como extrai-se a caseina, sendo o sôro aproveitado na alimentação de porcos.

Porto Alegre consome aproximadamente 49.000 litros de leite por dia, quantidade bastante insignificante para a nossa população, calculada em 276.000 habitantes, pois levando em consideração o que está estabelecido, isto é, uma creança deve consumir 1 litro de leite por dia e o adulto pelo menos ½ litro, vemos que o consumo deveria ser mais ou menos de 150.000 litros por dia.

A quantidade recebida pelo Entreposto é de 48.000 litros de leite, fornecida diretamente por 750 produtores e mais certa quantidade transportada pelo próprio Entreposto dos municípios vizinhos. E' uma quantidade muito pequena pois em instalações dêsse gênero ha sempre necessidade de maiores porções, para que nos períodos de escassez natural, não haja falta do produto indipensável ao consumo.

Foi assim, que surgiu a idéia, a exemplo do que se faz em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, da creação de entrepostos de refrigeração do leite. O primeiro creado foi no município de Caí, que remete para consumo aproximadamente 1.200 litros diários, desnatando cerca de 500 litros de leite ácido, para o fabrico de manteiga, o que dá um total de 1.700 litros fornecidos por 424 pequenos produtores (média de 4 litros). Esse leite é obtido parte em Caí (1.300 litros) e parte em Bom Princípio, distrito de Montenegro (400 litros).

Nessa instalação, que visitamos, o leite é pago a razão de 470 réis o litro, e faz-se os exames necessários para verificar o seu estado de conservação, antes de ser resfriado. Para isso, determina-se a acidês em graus Dornic, a percentagem de gordura pelo processo de Gerber, além da filtração para retirar as impurezas que por acaso o leite contenha. A média de gordura é de 4% e 3,5% de caseina.

Quando em bôas condições o leite é resfriado, num resfriador em cortina, acondicionado em tarros isotérmicos que são enviados a Porto Alegre em caminhões cobertos, para evitar o efeito maléfico dos raios solares. O leite ácido, como já dissemos, é desnatado, sofre a extração da caseina, sendo o sôro aproveitado para alimentação de porcos.

A instalação compreende um laboratório, um compressor para produção de frio, uma desnatadeira com capacidade para 3.000 litros por hora movida a força motriz, bombas para água e leite e caldeira para produzir vapor para a extração da caseina e limpeza do vasilhame.

Além desta parte, o entreposto pretende distribuir gado-leiteiro de bôa qualidade e reprodutores de alta linhagem que serão pagos em cotas de leite. O entreposto já possúe um ótimo touro Gersey. Faz ainda o incremento porcino, que é uma das principais fontes de renda do município, pois nele está instalada uma secção dos Frigoríficos Nacionais Sul Brasileiros Ltda. que trabalha em sua quasi totalidade com produtos derivados de suinos.

Além dêste entreposto de refrigeração, existem mais dois, um em Feliz, distrito de Caí, e outro em Carlos Barboza para o mesmo fim, assim como dois postos de desnate, um em Corvo, distrito de Estrela e outro em Forquetinha, distrito de Lageado.

O entreposto de Feliz, remete para consumo aproximadamente 1.000 litros diários e desnata cerca de 300 litros. O número de produtores é de 320 (Média de 4 litros). A instalação é movida a fôrça motriz e não dispõe de aparelhagem para a extração de caseina.

O de Carlos Barboza, remete para consumo 2.000 litros diários, desnatando aproximadamente 500 litros de leite ácido. O número de produtores é de 750 (Média de 3,3 litros), e possúe instalações idênticas à de Caí. Devido a falta de fôrça motriz, êstes postos muitas vezes só fazem o desnate e extração de caseina, do leite, como no presente momento.

O posto de desnate de Corvo, recebe 800 litros diários, é provido de uma desnatadeira com capacidade para 500 litros horários, sendo movida a fôrça motriz. A instalação de Forquetinha, recebe 400 litros de leite sendo provida de uma desnatadeira manual.

E' idéia ainda da direção da nossa uzina de beneficiamento, ampliar essas instalações, assim como aumentar o seu número, para iniciar a fabricação de queijo, Yoghurt, etc.

Essas medidas, ora iniciadas, e que visam a melhoria do transporte e das fontes iniciais de produção do leite, além de outras de ordem econômica e sanitárias, é que poderão realmente colimar o objetivo de fornecer leite puro a Porto Alegre, pois um entreposto, mesmo modelar (o que aliás não é o caso do nosso) jamais pode transformar em bom, um produto que já lhe chega em más condições.

Para a tosse e suas funestas consequencias, uzar sómente

Peitoral de Angico Pelotense

E' tiro e queda.

Deposito: Laboratorio Peitoral de Angico Pelotense, Pelotas

o novo tônico circulatório e cardíaco
em gotas e ampôlas

A identificação hospitalar dos recem-nascidos

pelo

Dr. Carlos Carone

(do Instituto Medico Legal de Porto Alegre)

O conhecimento do indivíduo humano é premissa indispensável para a compreensão de todos os fatos relativos à humanidade, desde o caso concreto de uma doença até os grandes fenômenos políticos e sociais.

Não ha dois indivíduos iguais, nem mesmo dois gemeos, a simples intuição o revela. A individualidade não se repete, mas os números, as medidas, as relações permitem definir o indivíduo; e, como existem semelhanças dentro das diferenças, é possivel classificá-lo ou identificá-lo, segundo essas semelhanças.

Identidade, segundo Tardieu, é o conjunto de investigações e a verificação de sinais físicos, com o auxílio dos quais se póde estabelecer a individualidade. Ou ainda: "identidade é a propriedade inherente a cada ser, evitando a sua confusão com outro, em virtude dos caracteres que lhe são próprios".

Daí a afirmativa de que uma cousa só pode ser igual a si mesma. Para que duas cousas pudessem ser idênticas necessário se tornaria que ambas ocupassem o mesmo lugar no espaço e a mesma unidade no tempo. A semelhança de dois objetos póde, sendo aceita, trazer confusão. Mas, deixará de impressionar diante de um rigoroso exame, onde encontrar-se-ão característicos que pertencem à um mas não a ambos.

Vários foram os métodos empregados para identificação dos indivíduos, sendo que alguns deles, mesmo rudimentares, ainda são empregados hoje. Entretanto, o problema da identificação só foi resolvido quando surgiu a datiloscopia, a cujo autor ou inventor, o hungaro Vucetich, cabe a glória de ter encontrado uma classificação prática dos datilogramas, constituidos pelos desenhos da polpa digital.

As possibilidades para que uma impressão digital pertença à mais de um indivíduo são de um para um decilhão (1 seguido de 36 zeros). Um decilhão é muitas vezes a população total do mundo. Efetivamente, para se ter uma idéia da segurança dos modernos métodos de identificação datiloscópica figuremos uma mesa onde se pudesse agrupar todos os habitantes da terra. Si cada pessoa estivesse munida de um lapis e traçasse freneticamente linhas retas numa gigantesca folha de papel, na velocidade de três linhas por segundo, cem anos se teriam passado antes que pudesse completar um decilhão de traços.

Não ha muito tempo, Fletcher Gould, fotografo do Departamento Policial de Pasadena, E.U.A., provou a virtual impossibilidade de duas impressões digitais serem semelhantes. Para isso, fotografou um dedo indicador direito, submetendo, em seguida, a chapa obtida à um exame microscópico para determinar a variedade existente de pontos identifi-

cáveis numa área de menos de 1/4 de polegada de diâmetro. Continuando, tirou uma impressão desse dedo e aumentou-a 200 vezes. Em cada quadro representando uma secção do dedo com menos de um decimo de polegada, ele encontrou cerca de 12 pontos identificáveis, peculiares à esse dedo somente. Agora, calculem que em uma impressão completa existem pelo menos 3.000 desses pontos de referência para a identificação, e que a mais leve variação de um deles é o bastante para provar que a impressão pertence à esse ou àquele indivíduo.

Somos de parecer que a identificação obrigatória resolveria definitivamente uma grande parte dos problemas sociais, facilitando, incontestavelmente, a ação da Polícia e da Justiça, pois é uma medida do maior alcance para os interesses coletivos da nacionalidade e para a garantia dos direitos individuais.

Na Maternidade "Avany Cordeiro de Farias", da cidade de Cruz Alta, iniciamos, em janeiro de 1940, um pequeno e modesto serviço de identificação, atendendo à um desejo de seu diretor. Esse serviço, até a data em que deixei Cruz Alta, um ano depois, visava tão somente a extração das impressões digitais dos recém-nascidos e de seus pais. Tinhamos esperança de que, com o decorrer do tempo, poderiamos completa-lo, ajuntando ao que já se fazia, mais a prova dos grupos sanguíneos, cujos exames exigiam a aparelhagem com que contavamos dotar o laboratório daquele hospital.

Uma das grandes vantagens desse proceder, é evitar as confusões que, frequentemente, ocorrem, não obstante os escrupulosos cuidados dos médicos, das enfermeiras e parteiras, pois as impressões digitais não se modificam e são diferentes para cada indivíduo.

Pretendiamos, como disse acima, ampliar a capacidade desse minúsculo serviço de identificação, então muito modesto, com mais o emprego da câmara fotográfica, com projetores adequados e de um armário Vucetich, no qual reuniriamos as 360 gavetas dos dois adotados pelo autor hungaro, na Argentina. Em suma, era nosso desejo dotar a Maternidade de um verdadeiro "laboratório de identificação". Não fosse a necessidade de meu afastamento daquela cidade, para exercer minha atividade noutro setor da Repartição da qual sou perito, e teria conseguido concretizar tal desiteratum.

Entretanto, o primeiro passo foi dado. E, segundo o desejo do Dr. Gabriel Miranda, diretor da Maternidade "Avany Cordeiro de Farias", o nosso trabalho não sofreria solução de continuidade, conforme afirmou aquele ilustre cirurgião. Teriamos continuadores, capazes de iniciar, uma vez adquirido o material indispensável para tal fim, a classificação dos grupos sanguíneos, com a inclusão da formula do tipo sanguíneo nas fichas. Depois viria a fotografia, como complemento dos demais processos, porque, por si só, ela é falível. Com a adoção desses valiosos subsídios identificadores modernos, contará o hospital com um autêntico serviço especialisado no gênero.

No que se refere ao exame de sangue, estamos certos que as dificuldades a enfrentar são de monta, talvez insuperáveis, umas dependentes da natural relutância das pessoas a serem identificadas quanto à permissão da colheita do sangue; outras, ligadas aos cuidados enormes que

a classificação exige, só viável em mãos de técnico experimentado.

Vejamos agora, num ligeiro histórico, as fases por que passou a datiloscopia. Em 1924, Sorrentino e Sympa, iniciaram suas experiências, concluindo por afirmar "que era fácil utilisar as impressões digitais para reconhecimento dos recém-nascidos, a partir da segunda ou terceira semana de vida, pois que era possivel classificá-las, desde o segundo ao quarto mês, de acordo com o estado de nutrição do lactante".

Essen Moller, reconheceu, porém, ser impossivel a identificação dos recém-nascidos pelas impressões dos dedos das mãos, não só pelo fraco desenvolvimento das linhas papilares, que não permitia ainda diferençá-las, como por ser muito difícil a sua técnica. Emil Jerlow, iniciou, em 1926, a identificação dos recém-nascidos pelas impressões dos pés.

Locard assevera que "as impressões digitais dos recém-nascidos são dificilmente reconheciveis, de modo que, nas Maternidades, em geral, se utilisam as impressões plantares, mais nítidas que as palmares e digitais. Reyna Almandos, porém, demonstrou praticamente ser possivel identificar a criança, logo depois do nascimento, por meio das impressões digitais. E' possivel — diz ele — e é seguro que a impressão de uma creatura que acaba de nascer póde ser tomada com tanta nitidês como a de uma pessoa de mais idade. As cristas papilares se formam, ou melhor, se completam nas proximidades do sexto mês de vida intra-uterina.

Roberto Heindl microfotografou dedos de feto afim de observar o aparecimento das cristas papilares, confirmando os estudos de Galton, Vervaeck, Kollmann e Locard, que, desde o sexto mês os desenhos são tão completos quanto os dos recém-nascidos, e que, a partir de quatro a cinco meses, se apresentam as cristas já bem assinaladas.

Em Cruz Alta, assim procediamos: Tomava-mos as impressões digitais da criança, nas 24 horas que procediam ao parto, em papeletas especiais, semelhantes às usadas pelos Laboratórios Policiais de Identificação, e que eram coladas, em seguida, nas fichas das parturientes, que continham, igualmente, um pequeno fichário do recém-nascido. Tomavam-se, depois, as impressões digitais do pai e da mãe, para os posteriores estudos comparativos.

Para o corrente ano, pretendiamos usar um novo aparelhamento na tomada das impressões digitais dos recém-nascidos, o qual consta do seguinte: uma placa de vidro para colocar tinta e um rolo de borracha para espalha-la. Em lugar da prancheta usual para colher as impressões, deve-se usar um cartão de pequenas dimensões. Para limpar os dedos das crianças depois, emprega-se gazolina, água e sabão, com o auxílio de compressas de gaze ou de pano. O papel da ficha datiloscópica deve ser bem assetinado, para maior nitidez. Deve-se, em primeiro lugar, no terreno das precauções a serem tomadas para se obter, na prática, resultados apreciáveis, procurar fazer a operação com a criança dormindo, pois que, nas primeiras horas de nascida, ela é, geralmente, irriquieta e de grande sensibilidade, de forma que, a mais leve manobra, provoca lógo reações que se acompanham de contração dos dedos e do fechamento da mão impossibilitando a aplicação da tinta e borrando os dedos e a palma da mão, o que prejudica a tomada da impressão. Não é aconselhável, pois, mover o bebê, para não acordá-lo, procurando-se operar no próprio

berço. E' mais fácil tomar as impressões digitais nos primeiros momentos que se seguem à amamentação. Antes, deve-se passar uma esponja, gaze ou pano, humedecido em água morna, na polpa digital, afim de retirar-se os restos de gordura e induto sebaceo porventura existentes. O emprego do algodão não é recomendável, por deixar resíduos que perturbam os resultados.

Como se vê, a identificação dos recém-nascidos póde ser realisada, com toda a segurança e com toda a facilidade, graças ao aparelho do Prof. Reyna Almandos.

Dissemos acima que a identificação era uma medida de grande alcance para os interesses coletivos da nacionalidade e para a garantia dos direitos individuais. Assim sendo, seria de desejar que os indivíduos fossem identificados ao nascer, na idade escolar e na maioridade. Oxalá a nossa legislação civil venha tornar compulsória essa medida, pois só assim se resolveriam definitivamente uma grande parte dos problemas sociais, facilitando, incontestavelmente, a ação da Polícia e da Justiça.

(O presente trabalho é dedicado ao Prof. Dr. Mário Totta, Diretor da Maternidade do mesmo nome, nesta Capital, como homenagem à esse vulto inconfundivel de obstetra e de médico humanitário, à um nome laureado como valor inconteste na obra científica brasileira e pronunciado com carinho e reverência por milhares de lábios que transbordam a gratidão imorredoura do coração das mães porto-alegrenses).