

# Gazeta Medica da Bahia

Publicação Mensal

VOL. XXXIII

AGOSTO DE 1901

NUMERO 2

## UMA NOVIDADE DE PATHOLOGIA INDIGENA -

UM CASO AUTOCHTHONE DE «PIEDRA»

PELO

**Dr. Pedro S. Magalhães**

(Conclusão da pag. 22)

Restando o que diz respeito á doente e á doença, e deixando a historia incompleta de seu parasita causador, temos de accentuar a singularidade do caso.

Nenhuma pessoa da familia ou da convivencia da paciente apresenta condição igual á della, nenhuma apresenta alteração de cabellos igual á dos seus. Pessoa alguma parece ter sido contaminada pela doente, nem tão pouco póde ella attribuir o seu mal a contagio. Só muito vagamente lembra-se de que uma moça de seu conhecimento, ha muitos annos passados, soffrera de uma alteração dos cabellos, de genero não conhecido por ella, mas começando pelas pontas dos fios, e a qual a consêlho medico, aparára a parte extrema dos mesmos, séde da affecção, ficando curada.

A paciente não sabe a que é devido o apparecimento do mal, diziam-lhe pessoas indoutas ser *mófo* os nodulos de seus cabellos; nessa supposição pensava talvez poder attribuir a affecção aos frequentes banhos e ablucões em que molhando os cabellos, depois conservava-os humidos, muitas vezes, por longo tempo.

Quanto a topicos usados nos cabellos e especialmente sobre o emprego dos corpos uncinaginosos, como

cosmeticós, e na *toilette* da cabelleira, informou-me a doente ter sempre e unicamente usado de oleos communs de perfumaria, apenas antes da época em que notou o começo da affecção, durante tres semanas, em dias, alternados, empregou como tonico dos cabellos, que estavam a cahir de modo pronunciado, o conhecido succo mucilaginoso fresco da herva babosa, (*Aloë barbadensis*.)

Graças ao estado perfeitamente sã dos folliculos pilôsos, a limitação dos nodulos sempre á alguma distancia da implantação do fio do cabello e a qualidade exclusivamente epiphyta do cogumelo da *pedra*, condições essas que garantem a repullulação completa dos pellos e cóрте rente ou ainda melhor a tonsura total constituiria meio infallível de cura da paciente. Attenta, porem, a conveniencia de poupar o sacrificio da cabelleira da doente, o qual mui difficilmente por ella seria aceito, aconselhei a applicação de meios mais brandos, menos radicaes bem que tambem menos efficazes.

Tinha eu verificado a acção dos alcalis, *maxime* da potassa sobre os nodulos piedricos, amollecendo os e dissolvendo-os affnal; por essa razão aconselhei o uso diario de lavagem com sabão alcalino forte, sabão de potassa. A natureza parasitaria da affecção indicava o emprego de uma loção antiseptica. Para satisfazer esta ultima indicação lembrei a applicação de uma loção antiparasitaria contendo acido salicylico dissolvido em um vehiculo constituído por uma mistura de alcool, glycerina e agua. Minha preferencia pelo acido salicylico baseou-se na proficiencia que tenho lhe achado no tratamento de algumas outras affecções mycoticas do couro cabelludo; na glycerina pareceu-me encontrar certa acção sobre os nodulos *piédricos*, facilitando sua desagregação.

Para cotejo dos caracteres clinicos do caso observado pouco se encontra na litteratura medica.

Sómente duas narrações de primeira mão, tudo mais reproducções mais ou menos exactas, é o que existe sobre o assumpto. Demais, infelizmente, as publicações originaes dos dous autores fallando *de visu*, os professores Nicolão Osorio, de Bogotá e Posada Arango, de Medellin, havendo tido lugar em duas revistas scientificas pouco espalhadas, só as communicações transmittidas aos autores europeus podem mais facilmente ser aproveitadas.

São as curtas referencias feitas por Desenne, por Morris e por Johel-Rénoy, que melhor reproduzem communicações dos dous autores colombianos que descreveram a *piédra*, segundo observações directas de pacientes atacados do mal.

Deixarei de lado o que respeita em particular ás alterações dos cabellos em sã já foram miudamente expostas.

Segundo Osorio, citado por Morris, «a affecção tem por séde exclusiva os cabellos da cabeça, e só rarissimamente ou nunca é encontrada no sexo masculino. Nunca ataca as raizes dos cabellos, porém começa usualmente cerca de meia pollegada distante da raiz, e espalha-se para o lado das pontas, ou antes é impellido para ali pelo uso do pente. O numero de nodulos em cada cabello varia de um a dez, e existe sempre um curto intervallo entre dous vizinhos. O cabelo possui um cheiro acido peculiar. A molestia não é contagiosa, e só ocorre nos valles quentes, nunca nas localidades frias. Uma theoria attribue a molestia á acção de um liquido mucilaginoso, semelhante ao oleo de linhaça, com o qual as mulheres lavam seus cabellos; outra theoria dá por causa da affecção as lavagens em certos rios

estagnantes, que contém uma espécie de mucilagem. O uso desses líquidos não produz contudo, a molestia em climas-frios, como ficou provado experimentalmente.»

O pathologista inglez ajunta que os cabellos, de côr escura, eram flácidos e tinham pequenos nodulos com intervallos irregulares. Esses nodulos eram intensamente duros, causando certo ruído quando batidos de encontro ao vidro e quasi incapazes de serem cortados por uma faca ordinaria, que deslisava para um dos lados.

Posada Arango, citado por Juhel-Rénoy, refere não ser a *pedra* molestia rara em Medellín: determinar ella o agglutiamiento e o entortilhamento dos cabellos. O bulbo do pelo nunca é atacado, e o primeiro nodulo está sempre a uma certa distancia, um centimetro, mais ou menos, do ponto por onde sabe o cabello. A affecção é encontrada quasi exclusivamente nas mulheres; só excepcionalmente no homem, não só nos cabellos, porém ainda na barba. Apresenta-se mais frequentemente na mocidade, mas já foi observada aos 60 annos. Póde ser vista em differentes climas; e a temperatura não parece ter grande influencia. Em algumas localidades é ella attribuida ao uso de banhos em certos rios e ainda ao costume de mergulhar a cabeça na agua, sem secçar depois os cabellos. A molestia é contagiosa, assim julga pela occurencia della em tres meninas irmãs, uma destas devendo ter trazido a molestia da escola e transmittido-a ás suas duas irmãs. A duração da affecção é indeterminada, possui observação de caso de um anno e outro de tres annos.

Com razão julga Juhel-Rénoy a *pedra* uma affecção benigna; sua descripção bem fundamenta este conceito.

Ao contrario do *trichophyton tousrans* do *achorion Schoenleini*, das outras espécies de *achorion* des-

criptas pelos observadores que affirmam a multiplicidade do parasita do *facus*, do *microporon*, que podem ser todos chamados *entophytas* da pelle e dos cabellos. o parasita da *pedra* é exclusivamente um *epiphyta* do cabello; nesta sua qualidade só se approxima das produções constituidas por agglomeração de *schizomyctos* reunidos por uma *gloea* ao redor dos pellos, no chamado *Lepothrix*, de E. Wilson. Neste ultimo caso mesmo a vegetação parasitaria não se limita a superpor-se á haste do cabello, mas segundo Uaua, aferra-se a elle, estendendo-se um pouco dentro do mesmo em camada superficial.

Bem caracteristicamente differe a *pedra* de outras alterações pilares que della mais se approximam.

—A grosseira apparencia com os cabellos carregados de lendeas já teve menção bastante clara; essa semelhança já havia impressionado a Juhel-Rénoy; ella servirá mesmo para lembrar a affecção que facilmente será reconhecida pelo menor tamanho de seus nodulos, pela ausencia eventual dos *pediculi em estado adulto*, e principalmente e de modo inconcusso pelo exame microscopico de um dos nodulos, reconhecimento de sua constituição histologica.

O *lepothrix* é uma alteração banal dos cabellos situados em pontos do corpo, séde de abundante sudação. A humidade de suores copiosos e constantes, a falta de asseio, em outros casos, são condições predisponentes das massas parasitarias. Estes formam uma bainha continua, ou interrompida, envolvendo o pello, cuja superficie torna-se aspera, de aspecto baço, tendo perdido o lustro, o brilho natural. A grossura do pello augmenta consideravelmente, podendo attingir ao duplo. A massa parasitaria é aqui constituida por *schizomycteto* aglutinados por uma ganga ou *gloea* capaz de endurecer

se fortemente, segundo Unna. Sua côr varia, ora esbranquiçada, ora acinzentada, algumas vezes avermelhada, dizem. Esta alteração pilar é banal mesmo nesta cidade, onde muitas vezes tenho tido occasião de observá-la. Não ha neste caso formação dos nodulos peculiares á *pie dra*.

-- Na *trichorrhæxis nodosa* a existencia de nodulos approxima grandemente a affecção da legitima *pie dra*, mas o estado do cabello affectado de *trichorrhæxis* não se pôde confundir com os cabellos sãos da *pie dra*. Quer nas fórmas em que verificou se ausencia de parasitas, quer naquellas em que averiguou se a presença de um *microphyta*, o estado morbido do proprio cabello em sua textura, o estado de *trichorrhæxis* por si só constitue character differencial sufficiente.

— Ainda uma outra affecção rara dos cabellos e dos pellos resta-me a considerar, para esgotar o reper torio, das alterações pathologicas prestando-se a um diagnostico differencial com a *pie dra*. A chamada *aplasia moniliforme* dos cabellos e dos pellos, ou *monilethrix*, tambem é constituída por pequenos nodulos fusiformes da haste capillar. A distincção das duas affecções entre si não apresenta grande difficuldade. A *monilethrix* é hereditaria, molestia familiar, por vezes apparece cedo depois do nascimento na primeira infancia, e ainda então resultante de condições congenitas. O proprio cabello soffre a modificação; os nodulos são formados por intumescencias fusiformes, limitadas por dous estrangulamentos que as occasionam; ellas são espaçadas regularmente. A substancia medular diminue, desvia-se lateralmente e por fim falta completamente nos pontos estrangulados, ahí espessa-se a cuticula. A coloração mais clara dos estrangulamentos contrasta com a

côr mais carregada das dilatações. O pigmento que, para uns autores, mingua ao nível dos pontos estreitados, segundo Scott e Beatty, acha-se igualmente repartido, e as intumescencias só apresentam tinta mais escara simplesmente pela sua maior espessura.

Com a marcha da molestia apparece alopecia. Os pontos adelgaçados são as partes doentes dos cabellos.

A alteração affecta não somente os cabellos da cabeça como os pellos de varias regiões do corpo; ella não tem origem parasitaria. Os cabellos tornam-se frageis e facilmente quebram-se perto de seu ponto de implantação.

Accepta a especialidade da *pedra*, sua causa proxima, o parasita, reconhecido como real, entretanto permanecem ignoradas as condições que favorecem e provocam o desenvolvimento do microphyta. A historia da cliente do Dr. Mourão nenhuma luz traz á questão. Os banhos repetidos, o estado humido dos cabellos por muito tempo após as frequentes abluções, o uso do succo da babosa como tonico pillar, são occurrencias tão vulgares entre nós, que se fossem efficientes para a apparição da *pedra* então devera esta ser aqui affecção frequentissima, e não tão rara para ser hoje pela primeira vez referida em publico.

Tenho usado ao correr da penna sempre da mesma denominação *pedra* para designar a alteração mycotica em questão. Juhel-Rénoy creou a denominação.—*Trichomycese nodosa* ou *nodular*, cuja etymologia bem exprime a natureza, séde e aspecto mais predominante da alteração. Diz elle que, apesar de pouco amoroso das innovações na linguagem medica, propoz o termo novo, por lhe parecer o nome *pedra* traduzir só um syptomata

grosseiro e de nenhum modo constante, porque a resistência dos nodulos capillares não é sufficiente para ser comparada á da pedra.

G. Behrend criticou a designação proposta por Juhel-Rénoy, dizendo que aos pellos atacados de *Lepothrix* tambem caberia o nome de *Trichomicose nodosa*.

Na verdade, porém, no *Lepothrix* a alteração se estende as mais das vezes a todo ou a grande parte do pello, não se localizando só em nodulos distinctos, como na *pedra*. Quanto á rejeição desta denominação, por só exprimir um symptoma grosseiro e pouco exacto, não me parece fundada firmemente; se valessem taes razões, grande cópia de nomes de molestias seria igualmente a substituir, e a seguirmos a boa lição que nos dão as regras de nomenclatura, a primeira denominação dada, logo que o objecto a que foi applicada teve caracterisação sufficiente a ser reconhecido o que ella mesma não tenha já sido empregada de modo a poder causar confusão, tal denominação, mesmo quando imperfeita, deve ser preferida. É a praxe dos naturalistas.

Como, para dar razão a Behrend, Paterson já applicára de seu lado a designação de *Trichomicosis nodosa* ao *Lepothrix* de Wilson, conforme affirma Manson.

G. Behrend pretendeo chamar o microphyta, da *pedra trichosporon ovoede*, e é engraçado ver Juhel-Rénoy por sua vez criticar essa denominação, declarando «On a vu de plus que la forme des spores recontrées dans les cultures était variable et qu'à côté des spores ovoides on trouvait de rondes et de irrégulières. Le nom de *trichospore ovoide*, que propose Behrend pour designer le champignon, ne nous semble donc pas heureux. Du reste, même exacte, cette expression ne rappellerait qu'un caractère secondaire et de peu d'importance,



et nous croyons preferable d'attendre, pour adopter un terme propre, que l'on ait établi d'une façon certaine à quelle classe appartient le parasite.»

A determinação scientifica do microphyta da *pedra* ainda, com effeito, está por fazer.

Desenne, prudentemente, absteve-se de tentar esta determinação. Morris limitou-se a dizer que o cogumello attingio um estado mais elevado de desenvolvimento de que tinha até então sido descripto em relação aos dermo-phytas ordinarios, que o Snr. Charles Stewarts lhe havia suggerido que o cogumello pertence provavelmente ao genero *ascomyceto*. Juhel-Rénoy e Lion opinam a proposito «Il semble donc que le champignon de la trichomycese nodulaire ne peut proliférer que par segmentation de son mycélium ou par bourgeonnement de ses spores et qu'il doit rentrer dans le genre dématium.» Mais longe, no mesmo artigo, os autores referem-se á possibilidade da existencia de *perithecas* em suas culturas, o que não podiam afirmar, mas, caso ficasse demonstrado, seria então permitido incluir o cocumello no grupo dos *ascomycetos*.

G. Behrend apenas affirmou que o microphyta se distingue, mesmo em um exame superficial, pelos seus caracteres morphologicos dos cogumellos filamentosos dermatophytas conhecidos até agora. Não se atreveu, porém, nem mesmo vagamente, referir o parasita a grupo algum definido.

Esta falta de classificação exacta do cogumello de *pedra* é facil de explicar, attendendo á difficuldade da questão. Não é possivel do simples estudo histologico dos noudos inferir a determinação taxinomica do microphyta. As variações morphologicas apresentadas pelos cogumellos inferiores, segundo as condições

do meio, tornam extremamente arduo seu reconhecimento.

Se não receasse parecer pretencioso, confessaria meu pendor em favor da collocação do parasita de *pedra* entre os ascomycetos, pelo menos provisoriamente, á espera de elementos diagnosticos mais seguros.

Relativamente ao tratamento da affecção, pouco tambem ha a ajuntar ao que deixei dito em outro lugar.

O emprego de corpos gordurosos e a medicação preferida na Colombia, segundo referem Juhel-Rénoy e Licn.

Estes mesmos autores procuraram determinar quaes de entre os agentes parasiticidas os que melhor conviria empregar contra o microphyta da *pedra*. Ensaiaram elles a acção do calor, do iodo, do ether de petroleo e do sublimado sobre a vitalidade das culturas, assim buscando conhecer a efficacia relativa desses anti-septicos no caso particular. Do resultado de seus experimentos inferiram as seguintes conclusões praticas. Apesar de sua energica acção, sobre o parasita, o iodo em tintura e o ether de petroleo não atacam de modo algum os nodulos *pedricos*, em quanto que a agua quente e a solução de sublimado, mesmo fria parecem desagregal-os rapidamente. E' de suppôr que loções repetidas com a solução de sublimado a um por mil, empregada tão quente quanto possivel, determinem rapidamente a cura. A acção do calor e do bichlorureto de mercurio poderá ser ajudada pela do ether de petroleo, cujo poder destruidor merece fixar a attenção.

É muito cedo para julgar da completa efficacia da medicação por mim aconselhada, quando ainda desconhecida as conclusões de Juhel-Rénoy e Lyon, qual deixei indicada em trecho anterior; só mais tarde poder-se ha ajuzizar de seu valor curativo. Entretanto, o tratamento

já produziu grande melhora, após dez dias de seu uso. *De motu proprio*, a paciente prefere a agua quente nas lavagens e toilette de seus cabellos, o que só pôde auxiliar a desagregação dos nodulos piedricos, segundo a experiencia dos citados autores.

A publicação deste artigo tendo sido adiada, cabe juntar-lhe, em resumo, o resultado de algumas culturas feitas dos nodulos piédricos.

Empreguei o methodo de cultura denominado *em gotta pendente*, em laminulas superpostas a pequenas camaras humidas escavadas em laminas *porta-objects*.

O meio nutritivo usado consistio em gelatina assucarada e em gelatina pura. A temperatura a do aposento.

Já no fim de 12 horas, dos nodulos piedricos partem em todas as direcções tenues filamentos, longos, sinuosos uns, mais direitos outros alguns apresentam divisões por septos transversos, outros, parecem continuos; não raros bifurcam-se e ramificam-se. Dentro de muitos delles divisam-se pequenas granulações.

Depois de 24 horas e mais os filamentos têm continuado a crescer em comprimento e em numero. Em certos pontos o protoplasma accumula-se de distancia em distancia dentro dos filamentos e alguns destes patentam mais tarde em taes pontos formação de cropusculos ellipticos uns, esphericos outros, contendo por sua vez varios granulos.

Em phase mais avançada de desenvolvimento vêm-se cadêas ou rosarios de cropusculos sporiformes, já despidos dos envoltorios hyphicos. Raros filamentos terminam por pequenas dilatações ampuliformes, pyriformes, contendo varios granulos. Em alguns outros pontos vêm-se grupos de cellulas sporiformes fazendo suppôr multi-

plicação por divisão das mesmas cellulas, em forma de torula.

Além das formas descriptas, constantes em todas as culturas, e regularmente desenvolvendo-se, não poucas vezes vi accumulos de pequenos granulos, reunidos sem ordem, fazendo crêr em formação sporular diversa do mesmo cryptogamo (em *thecas* ou em *perithecas* dando lugar a dehiscencia), ou na presença de outra especie associada na constituição dos nudulos piedricos.

Formados os sporos, provenientes de um filamento, quando continuando intercalados na continuidade deste, são elles por seu turno, algumas vezes, origem de novo filamento resultante de seu desenvolvimento vegetativo.

Julgo poder, em consequencia, afirmar a capacidade do mycophyta na piédra de formar mycelios e filamentos dando origem a endosporos. A abundancia mycelial do cogumelo parasita parece crescer com a riqueza nutritiva do meio em que vegeta, quando transportado em condições favoraveis. Concomittante com esse modo de reproducção creio ter lugar tambem multiplicação por divisão endogena dos sporos dentro de cellulas ou utriculos.

#### BIBLIOGRAPHIA

N. Ozorio—Revista Medica, Bogotá, 1876.

E. Desene—in-Compte-rendus de l'Académie des Sciences, Paris, 1878, V, 87, pag. 34.

Malcolm Morris—Medical Times and Gazette, London, 1879, V. I, p. 409.

Juhel-Rénoy—Art. «Piedra»,—in Diction, encyclopedique des sciencesm éd., 1885.

G. Behrend—Ueber Knotenbildung am Haarschaff, in Virchow's Archiv 1886, Bd. 103, p. 451.

Juhel-Rénoy—De la trychomychose nodulaire, in Annales de Dermatologie et syphilographie, 1888, p. 777. et suiv.

Posada Arango—La trichomychose nodulaire, in Annales de la Academia de Medellin, Mayo, 1889, p. 88.

G. Behrend—Ueber Trichomyces nodosa, in Berliner klinische Wochenschrift, 1890, n. 21. e p. 464.

Junel-Rénoy et G. Lion—Recherches histobiologiques et étiologiques sur la trichomychose nodulaire, — in Annales de Dermatologie et syphilographie, 1890, p. 765 et suivantes.

F. Roux—Maladies des pays chauds, 1886-1888, Vol. III, p. 258.

P. G. Unna—Die Histopathologie der Hautkrankheiten, 1894, p. 1,206.

B. Scheube—Die Krankheiten der wärmen Länder, 1896, p. 420.

Patrick Manson—Tropical diseases.—1898, p. 586.

J. Brault—Maladies des pays chauds, 1900 p. 277.

Hallopeau et Leredde—Dermatologie, 1900, p. 296.

---

## O methodo cryoscopico em medicina

(REVISTA GERAL)

Pelo

**DR. J. A. G. FROES**

Assistente de Clinica Propedeutica da Faculdade da Bahia

Chama-se *cryoscopia* o estudo dos corpos dissolvidos, baseado na observação do ponto de congelação de suas soluções.

Tal é a definição apresentada pelo Sr. Raoult (de Grenoble) que estabeleceu as leis seguintes, referentes ao abaixamento do ponto de congelação das soluções:

1ª. *Lei*: Toda substancia solida, liquida ou gazosa que se dissolve em um liquido definido, capaz de solidificar-se, abaixa tanto mais seu ponto de congelação, quanto mais concentrada fôr a solução.

2ª. *Lei*: Si o corpo dissolvido não forma combinação com a agua nem é por esta alterado, o abaixamento

do ponto de congelação (representado por D é proporcional ao peso da substancia dissolvida (P) contida em 100 grammas de agua.

3.<sup>a</sup> *Lei*: Quando se dissolve uma molecula de uma substancia qualquer (ou porção proporcional ao peso da molecula) em uma quantidade constante de agua, abai-xa-se sempre o ponto de congelação do dissolvente de quantidade igual, qualquer que seja a natureza da sub-stancia dissolvida.

4.<sup>a</sup> *Lei*. Quando substancias diversas se contêm simultaneamente em uma só solução, o abaixamento do ponto de congelação da solução commum é igual á som-ma dos abaixamentos dos pontos de congelação, determi-nados por cada substancia dissolvida de per si.

Na primeira lei estabelece-se como ponto de compara-ção para os diversos liquidos do organismo, que são ver-dadeiras soluções aquosas, o ponto de congelação da agua distillada que é igual a 0.<sup>o</sup>; todos os liquidos organicos têm pontos de congelação gradualmente mais baixos á medida de sua maior concentração, assim o ponto de con-gelação do sôro sanguineo pôde ser expresso do segun-te modo  $D = -0.<sup>o</sup> 56$  e o da urina normal ( $D = -1.<sup>o</sup> 30$  a  $-2.<sup>o</sup> 20$ .)

A 2.<sup>a</sup> lei, tambem chamada de Blagden, pôde expri-mir-se assim.

$$D = K \times P$$

sendo K uma constante, representando o abaixamento do ponto de congelação do soluto de um gramma da substancia em cem grammas de agua.

Quando  $P = 1$  gramma,  $D = K$ ; sendo o ponto de congelação do soluto de chloreto de sodio a 1 % equi-

N. B.—Em vez da letra delta do alphabeto grego, empregámos a letra D latina.

valente a  $-0.^\circ 605$ , segue-se que o abaixamento do ponto de congelação do soluto de chloreto de sodio, contendo P grammas por cento, equivale a

$$D = - 0.^\circ 605 \times P,$$

seja P maior ou menor do que um grammã.

A terceira lei, referente à proporcionalidade entre o abaixamento do ponto de congelação de uma solução e o numero de moleculas solidas contidas em um volume determinado dessa solução, é facilmente comprehendida desde que se attenda a que, sendo, por exemplo, 60 o peso da molecula de uréa e 6.000 o da molecula de albumina para que as 2 soluções tenham um mesmo ponto de congelação, torna-se necessario dissolver em um litro de agua 60 grammas de uréa no primeiro caso e 6.000 grammas de albumina no segundo caso.

Representa-se, então, o numero de moleculas dissolydas em um centimetro cubico da solução pelo numero de centesimos de grão, que mostra o abaixamento do ponto de congelação; assim a urina que apresentar a formula  $D = -1.^\circ 50$  contem 150 moleculas por centimetro cubico, maior proporção de substancias dissolvidas do que outra urina que congelar a  $-1.^\circ 25$ , por exemplo.

As quatro leis acima enumeradas não são estremes de defeitos em sua applicação á biologia, attendendo não só ás combinações que se podem dar entre as diversas substancias dissolvidas conjuntamente em uma solução, como tambem ao numero exacto de moleculas, dissociadas em *ions*, segundo a hypothese de Arrhenius.

Isso, porém, de nenhuma forma invalida as conclusões legitimas fornecidas pela cryoscopia, porque physiologicamente falando, tanto vale um *ion* em liberdade quanto uma molecula; demais, segundo os experimentos de diversos auctores—Roth, Koranyi, Bousquet, Moureu,

H. Claude, Balthazard,—o erro é muito fraco, inferior a 0,02, o que de modo nenhum infirma as conclusões biológicas, attenta sua forte aproximação da realidade.

Antes de enfrentar o lado propriamente synthetico das conclusões cryoscopicas no dominio vasto do diagnostico em suas multiplas modalidades, estudemos o meio pratico de obter, com segurança e sem grandes delongas, a temperatura de congelação de uma solução qualquer.

Sirva-nos de guia o trabalho de H. Claude e V. Balthazard, de que muito nos socorreremos na exposição deste assumpto (1).

#### DETERMINAÇÃO DA TEMPERATURA DE CONGELAÇÃO

Qualquer que seja o liquido examinado, sangue, urina, escarro ou de outra natureza, o aparelho de Claude e Balthazard, resultante da simplificação dosapparelhos primitivos de Raoult e Beckman, pôde ser empregado com vantagem. Tratando-se da urina, o exame só deve ser feito em uma porção da excreção total das 24 horas, segundo a regra geral imprescindivel a todo exame uologico, de que se quer tirar uma conclusão rigorosamente scientifica.

O aparelho referido compõe-se de 2 frascos de capacidade media, reunidos por um tubo de cautchú, contendo o da esquerda certa quantidade de acido sulfurico e o da direita ether ou sulfureto de carbono até  $\frac{3}{4}$  de sua altura. A este é ligado um aparelho de aspiração que obriga o ar exterior a ceder sua humidade ao acido sulfurico do vaso da esquerda e desprender-se no seio do liquido do segundo vaso (ether ou sulfureto de carbono) o que dá um resultado grande resfriamento, ligado á evaporação do liquido.

1) La cryoscopie des urines—Application á l'étude des affections du cœur et des reins—1901.



A quantidade do liquido a examinar é posta em um tubo experimentador, que por sua vez immerge em outro tubo de maiores dimensões, d'elle separado por pequena quantidade de alcool, destinado a servir de conductor entre o liquido resfriado (ether, supponhamos) e o liquido a congelar.

No tubo-experimentador immerge completamente a cuba de um thermometro especial, graduado em centesimos de grão—é o *thermometro cryoscopico*.

Iniciada a operação, começa o thermometro a baixar, convindo então mover o liquido congelando por meio de um agitador em espiral, que gyra em torno da cuba thermometrica; tem por fim essa manobra manter a homogeneidade thermica da solução.

Attingida a temperatura de congelação do liquido, este fica em superfusão, produzindo-se a congelação immediata, após a projecção em seu seio de um pequeno fragmento do gelo que se formou no exterior do frasco, que contem ether ou sulfureto de carbono. Logo que se dá a congelação sobe rapidamente a columna de mercurio, estaciona durante meio minuto mais ou menos em um ponto denominado *maximo* e desce em seguida—é este ponto maximo que corresponde ao numero indicativo do abaixamento do ponto de congelação (D).

Torna-se indispensavel verificar de tempos em tempos si o thermometro está bem calibrado, o que se faz facilmente procurando obter o ponto de congelação da agua distillada, que é igual a 0.º

Si este ponto fôr obtido acima ou abaixo do zero thermometrico, deve se ao resultado da analyse juntar ou subtrahir o numero de centesimos de grão equivalente a essa differença.

O thermometro deve permanecer bem vertical, não

tocando as paredes do recipiente, sendo verificado, antes de cada experiencia, que nenhuma gotta de mercurio se acha fóra da cuba, adherente ao tubo capillar ou á ampoula superior.

Trabalhando dest'arte, o valor de D pôde ser obtido a menos de 2 centesimos de grão, o que constitue uma approximação bastante para as investigações diagnosticas.

Bastam 10 minutos para a primeira determinação cryoscopica, sendo sufficientes 5 minutos para as demais que se lhe seguirem.

#### APPLICAÇÕES PRATICAS DA CRYOSCOPIA

Cabe a Dreser a gloria de ter sido quem primeiro encurou os phenomenos physiologicos á luz da cryoscopia, empregando-a em 1891 para a determinação das tensões osmoticas; seguiram se depois as investigações de Bouchard, Claude e Balthazard, Vaquez, Bousquet, Lesné, Bernard, Koranyi e outros.

Dentre as diversas applicações da cryoscopia, salienta-se o estudo da urina, de que nos occuparemos mais detidamente, depois de estudarmos á luz desse processo moderno diversos outros liquidos organicos.

Na sessão de 20 de Outubro de 1900, da Sociedade de Biologia, apresentaram Widal, Sicard e Ravaut um novo signal diagnostico da *meningite tuberculosa*, firmado no abaixamento do ponto de congelação do liquido *cephalo-rachidiano*; este é hypertonico comparado ao sôro sanguineo, variando seu ponto cryoscopico entre  $-0.60$  e  $-0.65$ , sendo o ponto de congelação do sôro sanguineo equivalente á  $-0.56$ .

Em 8 casos de meningite tuberculosa observados, o ponto cryoscopico variou entre  $-0.48$  e  $-0.55$ , abaixo da normal, por conseguinte.

A cryoscopia do *leite* de boa qualidade e puro de sophistication, feita pelo chimico Winter, dando o resultado medio de  $D = -0.056$ , constitue mais um meio physico de analyse, demonstrando a fraude, principalmente a addição de agua.

A cryoscopia do *suor humano*, (2) estudada por Ardin-Delteil, mostra-nos a variabilidade do ponto de congelação desse humor com a proporção de chloreto de sodio nelle existente; no verão, em que funcionam mais activamente as glandulas sudoriparas, é muito fraco o valor cryoscopico do suor, que equivale em media a  $-0.0237$ , segundo as experiencias feitas sobre o liquido fornecido por 15 individuos robustos e de idade mediana.

Sabrazès e Mathis (de Bordeaux) submeteram ao methodo cryoscopico *escarros* fornecidos por diversas molestias pulmonares, chegando ás seguintes conclusões, a que póde servir de typo de comparação o ponto de congelação da saliva mixta de individuos normaes, que vae de  $-0.012$  a  $-0.014$ :

Na *tuberculose adiantada* o ponto cryoscopico variou entre  $-0.034$  e  $-0.050$ , sendo a quantidade de chloretos existentes nos escarros examinados de 2 gr. 34 a 3 gr. 98 centigrammas por litro. Os escarros cõr de ferugem dos *pneumonicos*, contendo 5 gr. 15 centigrammas *o/o* de chloretos, apresentaram a media de  $-0.058$ .

Na *broncho-pneumonia grippal* — é de  $0.035$  o ponto de congelação do escarro mucos purulento, que nos casos de *bronchite chronica* com emphysema varia entre  $-0.041$  e  $-0.047$  (3).

Propoz Romme o exame cryoscopico do sôro san-

---

2) V. Sem. med. n. 49—1900.

3) V. Sem. med. n. 26—1901.

guineo como meio prognostico nos casos de *dothienenteria*, estabelecendo que o augmento do ponto de congelação do sôro é directamente proporcional á formação de antitoxinas, de forma que se torna extremamente sombrio o prognostico toda vez que D fôr inferior a  $-0.^\circ 70$ .

Ultimamente na Italia o Dr. Carrara applicou o novo methodo ao diagnostico medico-legal da morte por *afogamento* (4).

Partindo da isotonicidade do sangue nas 2 metades do coração, mesmo no caso em que um cadaver é submerso experimentalmente, concluiu elle, depois de uma serie de experiencias e de observações, que o ponto de congelação do sangue contido no coração esquerdo não é isotonico ao do coração direito nos casos de asphyxia por afogamento; explica-se o facto pela penetração da agua nos pulmões, atrahida pelas fortes inspirações finaes que caracterisam esse genero de morte, passando d'ahi ao coração esquerdo por intermedio das veias pulmonares, o que altera a composição do liquido sanguineo modificando-lhe a densidade, o numero de elementos figurados e a proporção de hemoglobina.

Em um cão afogado em agua doce o ponto hemocryoscopico, equivalente a  $-0.^\circ 29$  no coração esquerdo, chegava a  $-0.^\circ 42$  no coração direito; em outro cão afogado em agua salgada, que é hypertonica em relação ao sangue, o ponto hemocryoscopico do coração esquerdo diminuiu naturalmente, sendo o resultado do exame equivalente a  $-1.^\circ 01$  no ventriculo direito e a  $-1.^\circ 23$  no ventriculo esquerdo.

Do exame praticado no sangue de um soldado afogado accidentalmente no mar, obteve-se resultado analogo; isto é,  $-1.^\circ 04$  á direita e  $-1.^\circ 18$  á esquerda.

4) V. Sem. med.—n. 26—1901.

Cumpra notar, no entanto que só dá bom resultado a cryoscopia neste caso, quando applicada a breve prazo, porque no fim de poucos dias volta a isotonia hemática as 2 metades do coração (5).

Em capitulo subsequente occupar-nos-emos da cryoscopia da urina.

### O signal de Kernig: pathogenia

(REVISTA GERAL)

Pelo

**DR. GONÇALO MONIZ**

Professor substituto da Faculdade de Medicina da Bahia

Em o numero anterior desta revista occupamo-nos, nesta mesma secção, do signal de Kernig e seu valor semiologico; para completar o estudo geral do assumpto, faltou-nos tratar da pathogenia do dito signal. Promettimos fazel-o posteriormente, promessa que ora cumprimos.

E' ainda mal conhecido o *determinismo intimo* e completo do phenomeno. Alguns autores, inclusive Kernig, deixaram este ponto de lado; outros, porém, erigiram a respeito hypotheses explicativas algum tanto divergentes. Podiamos, em rigor, transcurar taes hypotheses; mas resolvemos não fazel-o por julgar que ha nellas pelo menos alguma parte da verdade e portanto elementos para a ulterior elucidação definitiva da questão, e assim passaremos a summariar as principaes.

Segundo Friis, o symptoma que estudamos é devido á irritabilidade dos nervos espinhaes, determinada pela phlogose meningea. Essa irritabilidade existe sem duvida nas affecções das meninges; mas, como pondera Gallinão é factor sufficiente. Que de vezes, escreve este autor, em tantas outras molestias, não se observa irrita-

5) V. Sem. med. n. 26~1901.

bilidade analoga, sem que compareça o signal de Kernig? Na tetania, que se pôde considerar o estado morbido typico, em que é exaggerada a excitabilidade do proto-neurono peripherico, não existe o phenomeno de que se trata.»

Ao dizer de Galli, Netter admite a irritação dos nervos espinhaes, a que ajunta como factor concomitante o alongamento das raizes lombares e sacras. «Por isso é que o signal só apparece na postura assentada e não na erecta, nem ao caminhar, pois que sómente ao sentarse a irritabilidade dos nervos augmenta pelo facto da distensão a que são submettidos. Ha muita verdade nesta hypothese, continúa Galli; mas ella não explica tudo: não dá, por exemplo, a razão da falta do phenomeno na tetania e estados analogos, nem pôde explicar os casos de meningite em que a contractura de flexão apparece tambem nos cotovêlos.»

Entretanto Netter, nos trabalhos que nos foi dado consultar e que vão citados em nossa bibliographia, se mostra pouco affirmativo no tocante á pathogenia do symptoma, declarando ainda no recente congresso de Paris «mui pobres as explicações que se têm proposto a este respeito.»

Galli recusa tambem, como causa unica do phenomeno, a excitabilidade da medulla, invocada por alguns, fazendo vêr que «nos individuos submettidos a uma cura excitante como a strychnica, se poderá com fortes doses chegar á rigidez dos musculos do pescoço, mas não se obterá o signal de Kernig, facto esse que foi averiguado por Cipollina e Maragliano.» É ainda contra tal hypothese, lembra certos estados em que ha superexcitabilidade dos centros medullares, acompanhada de contra-

etura ou disposição contractural latente, mas sem signal de Kernig.

«No recém-nascido, cujos centros espinhaes, em virtude do desenvolvimento incompleto do cortex cerebral, gozam de uma certa independencia, ha um estado espasmodico normal dos membros inferiores, que sempre estão em semi-flexão e nunca em estado de relaxação muscular (Freud e Rosenthal); no adulto toda lesão cortical um pouco diffusa (esclerose cerebral), toda interrupção do feixe pyramidal (apoplexia) que supprime as influencias inhibitorias, exaggera a excitabilidade dos cornos anteriores, e dá logar a contracturas mais ou menos evidentes: mas nem nestes casos, nem nos neonatos se produz o signal de Kernig.»

Em summa, si não se pôde negar a interferencia das condições indicadas (super-excitabilidade da medulla, estado irritativo dos nervos, distensão dos mesmos pelo acto de sentar-se) na genese do phenomeno, não bastam ellas sós por sós para acarretal-o.

Bull, tendo achado um excesso de liquido cephalo-rachidiano em 2 individuos por elle autopsiados, nos quaes achára em vida o signal kernigiano, attribúe este ao augmento da pressão intra-craneana e consequentemente tambem á superpressão intra-rachidiana, attenta a reciproca comunicação dos espaços sub-arachnoideus do craneo e do rachis (Roglet).

Alguns factos, com effeito, são favoraveis á idéa da intervenção do augmento de pressão do liquido cephalo-rachidiano na produção do phenomeno. Esse augmento tem sido verificado nas inflamações das meninges (v. Heydenreich) (39). Uma observação referida por Netter (40) parece vir em apoio dessa opinião. Tratava-se de um menino de 2 annos e meio, acommettido de meningite ce-

rebro-espinhal proleŕgada, em que foram praticadas 11 punções lombares, com alguns dias de intervalo. Por muitas vezes o signal de Kernig desapareceu após a punçãõ.

Para explicar a presençã do signal de Kernig nos casos de hemorrhagiã intra-rachidiãna (Widal e Merklen (37), assim como em casos semelhantes ao de Klippel (38), pôde-se invocar, como um dos factores, o augmento de pressãõ do liquido cephalo-rachidiãno, devido nos primeiros ao sangue derramado, nos segundos, ao recalçamento do liquido pelo tumor.

Todavia o só excesso de pressãõ intra-rachidiãna nãõ é razãõ bastante do phenomeno, pois que este nãõ existe em muitos casos em que ha notavel subida da dita pressãõ, como, por exemplo, nas hydrocephalias, no rachitismo, nos tumores do encephalo, da medulla, das meninges, na hemorrhagia cerebral, etc.

Para Galli, a principal causa determinante do signal de Kernig é o deslocamento do liquido em questãõ, produzindo subito augmento de pressãõ no fundo de sacco lombo-sagrado no acto de sentar.

«Aquella tendenciã mais ou menos marcada a flectir as pernas, que até nos sãõs se observa na passagem da posiçãõ supina para a sentada, e que se pôde imputar á distensãõ dos nervos, exaggera-se em condições anormaes até engendrar o phenomeno de Kernig; esse, como queria Bull, pôde considerar-se a exaggeraçãõ de um facto normal, porém nãõ ao augmento progressivo, mas ao disequilibrio subito de pressãõ deve attribuir-se. Os nervos da cauda equina, jã irritaveis pelo processo phlogistico que os envolve, distendidos pela mudançã de posiçãõ, acham-se de repente comprimidos pelo liquido que corre para baixo: esta accãõ mecaõica é um estimulo



violento que se traduz sobre as massas musculares, especialmente as flexoras, por uma contractura assaz forte e ás vezes até dolorosa.»

Baseado em sua theoria, Galli procura explicar certas diferenças e particularidades que offerece o phenomeno de que tratamos. Si este não existe em todos os casos de meningites é porque em todos as meninges espinhaes não são lesadas, nem ha hyperexcitabilidade dos nervos. Mas o phenomeno pôde faltar ainda quando a phlegmasia se estende aos involucros espinhaes, como attestam algumas observações. Duas são as razões dessa falta, as quaes vêm confirmar o que ficou admitido pelo autor, quanto á importancia do liquido cephalo-rachidiano e dos seus deslocamentos na producção do phenomeno: a) o espaço sub-arachnoideu cerebral pôde não communicar mais com o espinhal, por se ter estreitado ou obliterado pelos exudatos o buraco de Magendie, o qual estabelece aquella comunicação. Essa eventualidade, segundo Marfan, é mais frequente do que se crê nas meningites tuberculosas. Nestas condições comprehende-se porque, na mudança de posição, não se dá grande accumulacão de liquido inferiormente, nem se produz forte disequilibrio de pressão no fundo de sacco lombosacro e tambem porque neste caso a punccão lombar só dá sahida a poucas gottas de liquido. Como vimos, é de feito nas meningites tubereulosas que o signal de Kernig é mais raro.

b) O exsudato meningeu pôde ser ás vezes muito denso, algum coagulo pôde depositar-se e interseptar o espaço sub-arachnoideu: a mobilidade do liquido será então assaz limitada, sinão de todo impedida.

O signal de Kernig desapparece ás vezes inteiramente, depois de se haver manifestado, como por exemplo no ter-

ceiro período da forma tuberculosa, quando aos phenomenos irritativos se segue a asthenia progressiva do sistema nervoso, cahindo o doente na immobildade e no coma.

Isto acontece, segundo Galli, por não haver mais a irritabilidade dos nervos, um dos factores do phenomeno, sem o qual os outros não podem determiná-lo.

Em certos casos de meningite cerebro-espinhal o signal de Kernig mostra-se de modo intermittente. Pagliano, citado pelo autor que ora acompanhamos, publicou 3 observações em que o phenomeno, evidente um dia, desaparecia no seguinte, para tornar a apparecer. «Esta variabilidade acha talvez a sua causa, antes na natureza do exsudato meningeu que nas variações de excitabilidade nervosa: não raro corpuscular e fibrinoso, pode elle mover-se pouco e lentamente, prompto a assumir maior mobilidade quando, pelo deposito dos elementos formados, se torne mais fluido e menos denso; ou então quando a mobilidade, interrompida por qualquer trabecula fibrinosa, se restabelece com a degeneração e dissolução dessa trabecula.

A ausencia do signal de Kernig nos estados morbidos já citados (rachitismo, hydrocephalia, tumores do encephalo, etc.) em que ha augmento de pressão do liquido cephalo-rachidiano, Galli explica-a nos seguintes termos: «todo o eixo espinhal e os nervos que d'elle emanam, ha muito submettidos ao augmento gradual do liquido, são menos sensiveis a uma variação de pressão: a lenteza do processo, a sua localização que não interessa os nervos, nem de modo especial a medulla, são outras condições desfavoraveis; enfim, ainda nestes casos se tem verificado a obliteração do buraco de Madendie.»

Em summa, Galli attribue o signal de Kernig, não a

uma causa unica, sinão que adopta uma theoria eclectica: «a irritabilidade dos nervos espinhaes, a distensão que experimentam as suas raizes no acto de sentar e principalmente o deslocamento subito do liquido rachidiano que se produz no mesmo acto, são os diversos factores que intervêm sempre na producção do phenomeno».

E', na verdade, engenhosa a hypothese de Galli, e por isso nos alargamos um pouco sobre ella. Parece-nos, comtudo, não tomar muito em consideração o phenomeno quando manifesto nos membros superiores. Demais, o compromettimento das meninges medulares, um dos postulados da sua theoria, não é condição essencial do determinismo do phenomeno, pois ha casos em que este se manifesta, ainda quando as lesões se limitam ás membranas periencephalicas. Essa opinião, comtudo, é sustentada por muitos outros, entre os quaes Dieulafoy, para quem o signal de Kernig se acha ligado á participação das meninges medulares no processo morbido. Assim é que alguns explicam a menor frequencia do signal nas meningites tuberculosas pelo facto de serem menos vezes interessadas as meninges rachidianas nas meningites desta natureza. Marfan, porém, rejeita esta interpretação, dizendo que na meningite tuberculosa as lesões-espinhaes, são mais communs do que o signal de Kernig. Mas como dissemos, ha casos em que se acham intactas as meninges medulares, não obstante ter havido o symptoma, como na observação de Klippel, já conhecida. A sociedade de pediatria de Paris. Nobécourt e Delestre (41) apresentaram a observação de um menino de 20 mezes, acommettido de broncho-pneumonia, á qual sobrevieram symptomas meningiticos: vomitos, rijeza da nuca, estrabismo, signal de Kernig, irregularidade do

pulso e da respiração, etc. em cuja autopsia, além das lesões broncho-pneumonicas, «se verificou a existencia de uma meningite cerebral aguda serosa, caracterizada por um augmento da quantidade do liquido cephalo-rachidiano e do liquido ventricular, que eram claros e limpidos, e uma congestão edematosa da pia-mater da convexidade dos hemispherios. As *meninges rachidianas estavam sãs*».

Roglet, que adopta a origem medullar do signal de Kernig, não exige a existência de lesões das meninges; basta para elle que estas sejam excitadas ou irritadas de qualquer modo, o que é mais facil admittir-se em todos os casos.

Segundo esse autor, entretanto, o phenomeno tambem é complexo. Afim de explicar, tomando em consideração os dados já conhecidos, porque a contractura só se mostra nos musculos flexores da perna e não em todos os outros innervados pelos nervos da cauda de cavallo, e porque só se produz na postura assentada quando a côxa é dobrada em angulo recto sobre o tronco, entra elle em algumas particularidades sobre a anatomia e physiologia normaes do membro inferior. Os musculos flexores da perna, insertos superiormente sobre a tuberosidade schiatica e em baixo sobre a parte superior dos ossos da perna, são caracterizados pela extrema brevidade das suas fibras, apresentam o phenomeno que Landois, Hueter e Henke chamam *insufficiencia passiva*. A distancia que separa os pontos de inserção desses musculos varia com as attitudes: minima quando a côxa é extendida sobre a bacia e a perna dobrada sobre a côxa (posição ajoelhada), é maxima quando se estira completamente a perna sobre a côxa flectida em angulo recto.

Nesta postura, pois, é que o alongamento elástico dos músculos flexores das pernas atingirá o extremo. Assim, no estado hygido, estes músculos são demasiado curtos para permitir a extensão completa da perna quando a côxa formar com o tronco um angulo menor que 90°. Dahi a recommendação importante que fizemos em começo de velar por que, nas attitudes realizadas para a exploração do signal de Kernig, aquelle angulo não se torne agudo, sob pena de suppôr presente o symptoma onde não o ha. Partindo desses preliminares, Roglet assim comprehende o mecanismo do phenomeno: «em um individuo assentado, com as côxas em angulo recto sobre o tronco e as pernas em extensão completa, os músculos flexores da perna são alongados ao maximo e sua elasticidade é quasi completamente esgotada. Venha a sua elasticidade a ser diminuida, ainda mui ligeiramente, sob qualquer influencia, e esses músculos tornar-se-hão assaz curtos para permittir a extensão completa da perna, apparecendo então o signal de Kernig. Ainda mais, dando-se simultaneamente a diminuição da elasticidade de todos os músculos dos membros, sobre os flexores das pernas, graças á sua disposição especial, é que esse phenomeno será mais sensivel e mais nitidamente perceptivel da maneira indicada por Kernig. Ora, nas meningites ha uma «rigidez tonica particular» (Hirt), um estado de hypertonus, que se traduz pelos abalos, sobresaltos musculares, attitudes especiaes em flexão, figurando cão de espingarda, nas quaes os membros ficam no mais completo relaxamento. E' de alguma sorte o primeiro grau da contractura, que, latente por assim dizer no repouso, apparece sómente por occasião dos movimentos: o signal de Kernig revela-a neste momento, quando nada ainda no quadro symptomatico da molestia podia fazer suspeitar a

sua apparição nos membros. Por vezes a contractura real estabelece-se permanentemente e immobiliza o membro: então, ainda no decubito dorsal, os movimentos se tornam quasi impossiveis e não se pôde mais procurar o signal de Kernig.

«Esse augmento da tonicidade muscular, exaggerado phenomeno normal, deve estar, como este, sob a dependencia da medulla: é a traducção da irritação medullar qualquer que seja a causa desta. Não é, pois, a dôr provocada pela tentativa de extensão da perna e estiramento do sciatico que determina, por accção reflexa, a contracção dos musculos flexores, como isto se produz na nevralgia sciatica quando se investiga o signal de Lasègue; aqui, ha realmente, não contracção reflexa, mas contractura verdadeira, invencivel, e esta contractura tem por causa directa a irritação da medulla e das raizes rachidianas sobretudo.»

Como se vê, Roglet tambem só teve em mira na sua theoria o symptoma restricto aos membros inferiores.

Chauffard, ao contrario, encara o phenomeno de Kernig de modo muito mais amplo, dando-lhe uma extensão que nenhum autor ainda lhe attribuirá. Na sua opinião a contractura de flexão dos joelhos não é um facto solitario, autonomo, sinão o caso especial, mais facil de perceber-se, de um typo semiologico geral.

Em apoio desta hypothese, entra Chauffard nas seguintes considerações: «No estado de repouso existe mui leve grau de flexão dos membros superiores e inferiores. Normalmente se pôde passar a mão por debaixo do joelho de uma pessoa deitada; e na posição sedente, augmenta a distancia entre a cavidade poplitea e o plano do leito. Mas esta flexão é facil e absolutamente reductivel. Igualmente o membro superior, na posição vertical ou deitada,

jamais fica em extensão completa. Logo, devido ao equilibrio dos musculos antagonistas, existe uma tenue semi-flexão natural e physiologica dos membros em repouso.»

Esse tonus muscular normal pôde ser alterado para menos ou para mais, dando-se no primeiro caso a *hypotonia* fre uente nos tabeticos incoordenados; no segundo, a *hypertonia*, «que se encontra nos processos meningeus; a menor mudança de attitude a contractura sobrevem, accomettendo os *grupos musculares antagonistas de acção physiologica predominante*; este ligeiro predominio, quasi equilibrado no tonus muscular normal, exaggera-se, fixa-se; e o signal de Kernig apparece. Este é, pois, uma contractura de flexão.»

«Assim, hypotonia dos tabeticos e ausencia completa de flexão, tonus muscular normal e leve semi-flexão natural, facilmente reductivel; hypertonia dos meningicos e signal de Kernig, taes são os termos desta gradação em cujo vertice se podem collocar as contracturas generalizadas do tétano.»

Quando se ergue um meningitico, determina-se nelle uma rijeza especial da nuca e ás vezes até do tronco. Aqui a contractura é de extensão, pela simples razão de que a attitude normal do homem, em estação vertical, põe a cabeça e o rachis em fraca extensão: o grupo extensor possuindo nestas duas regiões uma acção predominante, é elle, segundo a lei physiologica enunciada, que se contractura.

Chauffard condensa a sua theoria na seguinte definição:

«O signal de Kernig é uma contractura uni ou multi-regional, que ataca os grupos musculares physiologicamente predominantes, e sobrevem a proposito de attitudes que normalmente salientam esse predominio, o qual

se fixa pathologicamente em uma attitude dolorosa e irreductivel.»

Para o auctor, a contractura de flexão da perna (signal de Kernig na restricta accepção), não é mais do que um caso particular dos reflexos de contractura, devidos á hypertonia muscular.

A exposição que acabamos de fazer das principaes hypothèses explicativas do phenomeno de Kernig, mostra, até pelo simples facto da multiplicidade das mesmas, que a questão da pathogenia desse phenomeno não está ainda definitivamente resolvida, comquanto alguns dos factos apresentados, que parecem reaes, constituam provavelmente elementos adquiridos para o verdadeiro conhecimento do respectivo determinismo.

#### BIBLIOGRAPHIA

1. Kernig—Ueber ein wenig bemerktes Meningitis-Symptom. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1884, n. 52, p. 829 e *Wratsh*, 1884, n. 26, e *Centralblatt für klinische Medicin* 1884, n. 39, p. 623).

2. Hirt—Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux. Trad. franç. 1891, p. 16.

3. Strümpell—Traité de pathologie spéciale et de thérapeutique des maladies internes. Trad. franç. 1898, t. I.

4. Baginski—Traité des maladies des enfans. Trad. franç. t. II, p. 21.

5. Henoch—Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 7<sup>a</sup> ed., p. 320.

6. Vogel—Handbuch der Kinderkrankheiten.

7. Weill—Précis de médecine infantile. 1900, p. 506.

8. Debove et Achard—Manuel du diagnostic médical. 1900, t. II.

9. Roux (J.)—Diagnostic et traitement des maladies nerveuses, 1901, p. 446.

10. Bull—Ueber die Kernig'sche Flexionscontractur der



kniegelenke bei Gehirnkrankheiten. (*Berl. klin. Wochenschrift*. 1885, n. 47, p. 772.)

11. Henoch—Zur Pathologie der Meningitis cerebro-spinalis (*Charité Annalen*, 1886, p. 580).

12. Friis—Om den i Kjobenhavn i Aeret 1886 herskende epidemi of Meningitis cerebro-spinalis. (*These de Copenhague*, 1887).

13. Friis — Om meningitis cerebrospinalis epidemica [*Ugeskrift for Læger*, 1892, p. p. 407, 431].

14. Blümm—Ueber meningitis cerebro-spinalis epidemica (*Müncher medicinische Wochenschrift*, 1889, n. 26, p. 446).

15. Netter—Diagnostic de la méningite cérébro-spinale (signe de Kernig, ponction lombaire) (*Semaine médicale*, 1898, n. 35, p. 281.)

16. Roglet—Le signe de Kernig dans les méningites (*Thèse de Paris*, 1900; *Gaz. hebd.* 1900, n. 56, p. 662).

17. Leroux et Viollet—Un cas de méningite cérébro-spinale simulant le tétanos. Impossibilité de constater le signe de Kernig; les contractures du tronc et des membres inférieurs empêchant le malade de prendre la position assise (*Presse méd.* 1898, p. 361.)

18. Netter—De l'importance du signe de Kernig pour le diagnostic des méningites et des méningites cérébro-spinales frustes (*Journ. de clin. et thérap. infantiles*, 1898, ns. 31, 32 e *Supplemento al Policlinico* 1898, p. 9).

19. Netter—Du signe de Kernig dans la méningite (Société médicale des hôpitaux, 25 mai 1900).

20. Netter—Méningites aiguës (*C. R. du XIII Congrès international de médecine, Paris, 1900, Section de méd. de l'enfance*, p. 384).

21. Herrick—Concerning Kernig's sign in meningites (*The American Journ. of the Medical Sciences*, 1899, n. 327, p. 35.)

22. Osler—On the Etiology and Diagnosis of Cérébro-spinal Fever (*The British medical Journ.* 1899, n. 2008, p. 1521.)

23. Cipollina e Maragliano—Del valore diagnostico del

segno di Kernig (*Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*. 1899, n. 97, p. 1020).

24. Galli—Segno di Kernig e meningismo (*Rev. critica di clinica medica*, 1900, n. 41, p. 705).

25. Lucio Nunes—Valor diagnostico do signal de Kernig na meningite cerebro-espinhal epidemica (*A Medicina moderna*. Porto. 1901. n. 90, p. 182).

26. Buchanan—A case of cerebro-spinal fever in India (*Brit. med. journ.* 1899, n. 2029, p. 1412).

27. Buchanan—Kernig's symptom in Meningitis. (*Idem*. 1900, n. 2040, p. 255).

28. Rendu—Meningite cérébro-spinale à streptocoques, (*Soc. méd. des hôp.* 7 avril 1899.)

29. Rendu—Pneumonie du sommet compliquée de meningite cérébro-spinale. (*Idem*, 12 mai 1899.)

30. Rendu—Meningite cérébro-spinale compliquant une grippe à manifestations naso-pharyngées predominantes. (*Idem*, 1<sup>er</sup> février 1901).

31. Florand—Un cas de meningite cérébro-spinale. (*Idem*. 17 juin 1898.)

32. Thiercelin et Rosenthal—Un cas de meningite cérébro-spinale aiguë chez l'adulte due au méningocoque avec septicémie constatée pendant la vie (*Riforma medica* 1899, vol. III, n. 25, p. 293)

33. Vaquez et Ribierre—Otite et meningite cérébro-spinale (*Soc. méd. des hôp.* 8 mars 1901).

34. Chauffard—Des suites éloignées des meningites cérébro-spinales aiguës. (*Idem*. 22 mars 1901).

35. Chauffard—Du signe de Kernig dans les meningites cérébro-spinales (*La Presse méd.* 1901, n. 27, p. 153).

36. Dieulafoy—Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. (T. III, 1900, 17<sup>e</sup> Leçon, p. 338).

37. Widal et Merklen—Hémorrhagie meningée avec signe de Kernig (*Soc. méd. des hôp.* 24 novembre 1899).

38. Klippel—Sur un cas d'abcès cérébral (*Rev. neurologique*. 1899, p. 794).

39. Heydenreich—De la ponction lombaire. (*Sem. méd.* 1898, n. 43, p. 345).

40. Netter—Méningite cérébro-spinale prolongée. (*Soc. méd. des hôp.* 28 juillet 1899).

41. Nobécourt et Delestre—Méningite séreuse et méningite séro-purulente à streptocoques. (*Soc. de Pédiatrie*, 13 mars 1900).

42. Labbé—La méningite cérébro-spinale épidémique (*Gaz. des hôp.* 1900, ns. 105, 108, p. p. 1163, 1191).

43. Il segno di Kernig nella meningite (*Riforma med.* 1899, vol. III, n. 24, p. 277).

44. Souques et Quiserne—Méningite tuberculeuse à forme hémiplégique (*Soc. méd. des hôp.* 21 juin 1901).

45. Lannois et Camus—Méningite cérébro-spinale benigne à marche cyclique chez les adolescents (Idem. juin 1901.)

46. Saquépée et Peltier—Méningites cérébro-spinales grippales (*Archives gén. de méd.* mai 1901, p. 537).

---

## BIBLIOGRAPHIA

MANUAL DE THANATOSCOPIA JUDICIARIA PELO DR. AFRANIO PEIXOTO—LIVRARIA FERNANDO KOCH. EDICTORA—1901

Apezar de ser esta capital a séde de uma Faculdade medica, com um grande pessoal docente, muito raro é que tenhamos a fortuna de annunciar o apparecimento de um livro onde encontremos condensado o ensino de algum dentre a pleiade de competentes, que alli, no seio daquelle centro intellectual, transmite á mocidade sã doutrina e adextramento profissional.

Por agora trata-se de um *Manual de Thanatoscopia Judiciaria*, em que o estudo medico-legal da morte é feito com bastante senso critico, minudencia de materia e sobriedade de forma.

Alli successivamente encontra o leitor, muito bem

estudados, por vezes com originalidade, as exigencias do registro civil, os phenomenos cadavericos desde as alterações tegumentares até as microscopicas, a thanatognose, desde os signaes duvidosos até os processos de leard; os generos de morte nas crianças, nos velhos, nas mulheres gravidas, no alcoolismo, na diabete, no brightismo, nas febres, na hemophilia; as causas apreciaveis de morte subita, as mortes subitas sem lesões efficientes, a diagnose da morte subita pela docimasia hepatica, a morte por inanición, a pelo frio e a por fulguração.

Depois vem admiravelmente condensado o estudo do corpo de delicto, desde a respectiva legislação vigente, inspecção do cadaver, identificação do morto, autopsia medico-legal, até o corpo de delicto dos casos de envenenamento, de incendio, asphyxiás e infanticidio.

Mas, além disso, no livro que ora assignalamos aos nossos leitores, encontra-se o estudo da natureza, séde e concausas das lesões mortaes, a chronathanatognose, o estudo da exhumação judiciaria e das verificações complementares, a identificação pelo esqueleto, terminando tudo pelo termo da autopsia e o relatorio policial.

Conhecendo sobre os assumptos tratados pelo Dr. P. os compendios usados nos principaes centros de estudo, podemos affirmar ser o que neste momento analysamos, o que se nos afigurou mais completo.

Trezentas e oito paginas tem o livro, mas tão faria materia foi alli condensada, que, se fora escripto pelos processos habituaes aos nossos homens de leiras, teria enchido varios volumes do mesmo porte.

Escripto não somente para medicos, mas tambem para magistrados, temos diante de nós um manual que por ser de leitura agradavel e muito instructiva bem merece

ser manuseado por quem quer que se preze de estar em dia com a sciencia de seu tempo.

Felicitando a Faculdade de medicina por ter saído de seu seio um compendio tão bem elaborado, pedimos ao mesmo tempo ao nosso estimado collega que continue a dotar as letras medicas com as outras obras que nos promete publicar.

M.

GUIDE PRATIQUE D'HYGIENE, MANUAL DE SAUDE PUBLICADO PELO «OFFICIO SANITARIO ALLEMÃO,» TRADUZIDO EM FRANCEZ PELO DR. CRYNS. BRUXELLES, 1901 A. MAN-CEAUX — EDITOR.

Bem que de um porte mais pretencioso que o *Gesundheitsbüchlein* original, este precioso livro destinase a vulgarisar noções de hygiene pelo publico, sempre mal apercebido dellas. Escripto em methodo e ordem admiraveis, depois de uma noção rapida, mas sufficiente, sobre a *estructura do corpo humano, funções e uso de seus orgãos*, vêm estudadas accessivelmente *as coisas necessarias á conservação da vida do homem* (ar, agua, nutrição, vestuario, habitação, actividade e repouso), *as relações do homem com a sociedade* (agglomeração, mudanças, viagens, educação, vocação, profissão) *as influencias exteriores que interessam a saude* (perigos atmospherico e climatericos, molestias infecciosas diversas outras molestias evitaveis, accidentes) terminando por umas magnificas *instrucções para enfermeiros* em que se resenham todas as praticas uteis de soccorro em casos de accidentes e meios de applicação dos recursos medicos e cirurgicos aos doentes. E' um livro que todós deviam ler, leigos, para quem é escripto por sua linguagem accessivel, conhecimentos

proveitosos a haurir. immensa vantagem de aprender a estimar a saude e bem defendel-a. estudantes e medicos que iriam achar novidade por muitos ainda ignoradas, não contando com a suggestão bem acceita de uma simples e conveniente demonstração. Em nosso paiz em que as classes dirigentes, como as dirigidas não possuem a noção mais rudimentar de hygiene. deveriam livros desta ordem andar em todas as mãos, das escolas primarias ás academias, do lar domestico aos salões dos parlamentos. . . e em vez de tanto livro inutil com cuja publicação se esgota a munificencia dos governos, seria antes desejavel uma impressão de livros desta ordem, á maneira dos que se fazem nos paizes civilisados, lá bem longe, na esperança de um dia podermos comprehender estas simples instruccões de entreter a saude e preservai-a convenientemente. P.

---

## NECROLOGIA

### **Dr. Joaquim dos Remedios Monteiro**

A classe medica brazileira acaba de experimentar a sensivel perda de um dos seus mais illustres representantes.

A 5 de Julho do corrente anno, na cidade da Feira de Sant'Anna (Bahia) onde ha annos fixara a sua morada, findou a veneranda e prestadia existencia o Dr. Joaquim dos Remedios Monteiro.

Comquanto em idade algo avançada (73 annos), o seu passamento não podia deixar de ser profunda e sinceramente lamentado por quantos o conheciam, pois que os homens verdadeiramente bons e eminentes, por mais que vivam, sempre morrêm cedo. Além de que, em uma terra onde em geral tão precoce

se manifesta o natural e conhecido egoismo dos velhos, era effectivamente digno de respeitosa admiração e sympathia um homem em quem, sob o aspecto exterior da senectude, brilhava ainda um espirito com os attributos da virilidade, pulsava um coração com os nobres sentimentos da juventude!

De feito, os que ultimamente tiveram o feliz ensejo de travar estreitas relações com o Dr. Remedios Monteiro, sentiam-se instinctivamente dominados por um sentimento mixto de affectuosa estima e veneração por aquelle velhinho trigueiro e encanecido, em cuja acanhada estatura e imbelles compleição, se aninhava tão grande alma!

Intelligencia vigorosa e lucida, erudição solida e variada, character franco, leal e intemerato, sentimentos elevados e nobilissimos, entre os quaes sobresahiam a equidade, a benevolencia, o altruismo, a abnegação, a generosidade, tudo isto sobredeirado pela mais natural modestia, lhaneza e simplicidade, constituia a personalidade intellectual e moral do distincto morto.

Empenhando sempre, desde a mocidade, as suas energias em prol de tudo que era grandioso, util, liberal — educação e instrucção publicas, hygiene geral, abolição da escravidão no Brazil, etc. — esse bravo ardor jamais esmoreceu: era de vêr com que interesse, lá do seu singelo retiro, acompanhava elle, até os derradeiros instantes, o movimento scientifico nacional e estrangeiro, tudo quanto dizia respeito ao bem geral, ao progresso social da humanidade, e espectralmente do nosso paiz, sua patria adoptiva, procurando sempre, em quanto se achava ao seu alcance, engrandecer e tornar conhecido no mundo o nome do Brazil, pelo qual manifestava o mais entranhado amor.

Em toda a parte onde esteve, deixou o Dr. Remedios

Monteiro traços accentuados e inolvidaveis da sua assidua e efficaç collaboration em tudo que concernia o bem publico.

A Feira de Sant'Anna, sua ultima residencia, deve a tão digno hospede beneficeios inestimaveis: os principaes melhoramentos que ora offerece aquella cidade são feitos directos ou indirectos do Dr. Monteiro. Admiraveis eram o seu interesse e solicitude pela prosperidade della, já promovendo a realizacão de trabalhos e serviços de notavel utilidade, já se oppondo com a sua zelosa fiscalizacão e intelligente assistencia á perpetracão de inconvenientes desacertos. A saúde publica foi o alvo supremo da sua attencão, conseguindo effectuar, quando presidente da respectiva camara municipal, importantissimas obras sanitarias.

A sua proficua intervençãõ não se fazia sentir unicamente na esphera dos actos materiaes; não, o magnanimo medico tambem pugnava pelo desenvolvimento moral e intellectnal daquella populaçãõ, levantando a idéa da fundacão de uma bibliotheca publica, pouco depois realizada, diffundindo pela imprensa local noções uteis, idéas salutaes, além de que a sua pessoa era um exemplo vivo de virtudes.

O vulto do Dr. Remedios Monteiro, por tantos titulos, merece incontestavelmente contemplado na galeria dos benemeritos da nossa patria.

A *Gazeta Medica da Bahia* muito tambem lhe deve: por muitos annos foi elle um dos seus activos redactores, illustrando as suas paginas cõm grande numero de trabalhos valiosos e interessantes, que adeante mencionaremos.



O Dr. J. dos Remedios Monteiro nasceu a 16 de Novembro de 1827, no alto mar, a bordo de um navio procedente da India. Seu pai, natural de Loutulim (India Portugueza) e sua mãe, de Bombaim (India Ingleza) pertenciam ás principaes familias desses logares e eram de pura casta brahmine, sem mescla de sangue europeu.

Foi o torrão brasileiro o primeiro sólo que pisou, e onde, na cidade do Rio de Janeiro, seus paes passaram a maior parte da vida e dormem o somno eterno.

Em 1851 recebeu o Dr. R. Monteiro o grau de doutor em medicina na Faculdade do Rio de Janeiro, após luzido tirocinio. A sua these inaugural teve por assumpto — *Digitalis purpurea; sua accção physiologica e therapeutica.*

Logo depois de formado foi residir na pequena cidade de Resende (Rio de Janeiro) e em 1855, afim de aperfeiçoar os seus conhecimentos medicos, partiu para a Europa. Lá se demorou dois annos, passando-os quasi inteiramente em Paris, onde teve occasião de assistir a exposição universal de 1855. Fez, porém, ligeira excursão por Strasburgo, Heidelberg, Munich e Bale.

Regressando ao Rio de Janeiro, ahi se casou em 1858, indo depois novamente para Resende. Nesta cidade residiu até 1860, quando a primeira de varias hemoptises de que foi acommettido no correr da existencia, o levou a procurar o Desterro, capital de Santa Catharina. Mas ahi não se demorou, em virtude da aggravação dos seus padecimentos, voltaudo para Resende. Na imprensa resendense publicou o Dr. Monteiro diversos artigos de propaganda referentes á abolição do captivo, ao abuso das bebidas alcoólicas, á instrucção popular, aos deveres das mães de familia, etc., assumptos sempre de alta importancia scientifica e social. No *Astro Resendense*,

em 1866 e 1867, deu a lume duas interessantes memorias; uma ácerca da *Influencia do café sobre a economia humana* e outra sobre as *Molestias reinantes em Resende no anno de 1866*. Em 1867, encarregado em commissão especial com o Dr. Gustavo Gomes Jardim e o Sr. Manoel Rodrigues Pereira Mello de estudar os meios de canalizar agua potavel para a mesma cidade, apresentou o Dr. Monteiro o seu parecer sobre a materia, sendo a respectiva obra executada alguns annos depois.

O Dr. Monteiro regressou de novo a Santa Catharina, onde foi professor de historia e geographia no Lyceu Provincial. Lá serviu como cirurgião do exercito até 1873, anno em que foi removido para a escola de tiro, no Realengo, no Rio de Janeiro. Por motivo de molestia foi, porém, obrigado a pedir demissão do seu cargo militar, que exercera durante 9 annos, merecendo muitos elogios em *Ordens do dia* dos generaes sob cujas ordens servira.

Por occasião da pequena epidemia de febre amarella que em 1873 grassou em Laguna, levada do Rio de Janeiro por um navio, esteve o Dr. Monteiro clinicando naquella cidade.

Em 1875 foi que chegou á Bahia, indo em 1879 estabelecer-se definitivamente na Feira de Sant'Anna.

Já por esse tempo havia sido distinguido com a nomeação de membro da Academia nacional de Medicina e da Sociedade de sciencias medicas de Lisboa.

O Dr. Monteiro honrava sempre a imprensa de todos os logares por onde andava (Rio de Janeiro, Desterro, Bahia, Cachoeira, Feira de Sant'Anna) com importantes publicações sobre os seus themas predilectos, e algumas sobre literatura. Devemos-lhe uma interessante obra com o título — *Hygiene e Educação da Infancia*.

De 1876 para cá foi esta *Gazeta* distinguida, como

dissemos, com a sua preciosa e constante collaboração. Além de varias biographias de medicos nacionaes e estrangeiros e de criticas bibliographicas, foram aqui publicados muitos artigos importantes, taes como os que têm por titulos; *Transfusão do sangue* (1876), *Vaccina* (1877), *Ensino medico* (1880), *O Asylo de alienados de S. João de Deus* (1880), *Eucalyptus globulos* (1881), *Tratamento das mordeduras de cobras* (1882), *Pasteur e suas doutrinas* (1882), *A Feira de Sant'Anna como sanatorio da tuberculose pulmonar* (1884), *As escolas de Medicina do Norte* (1890), *Soro anti-peçonhento* (1897), etc. (1).

\* \* \*

A' memoria sagrada de tão distincto homem de letras, escriptor emerito, medico illustrado e humanitario, cidadão prestante, a *Gazeta Medica da Bahia* cumpre nest' hora o indeclinavel dever de render a mais sincera homenagem de respeito, gratidão e saudade. G. M.

### **Dr. Moncorvo de Figueiredo**

Mais um claro difficil de preencher nas fileiras da classe medica brasileira.

Um tanto inesperadamente se extinguiu o afanoso pediatra brasileiro, cujo nome encima estas linhas. Possuidor de vigorosa mentalidade, nunca deixou arrefecer seu inextinguivel enthusiasmo pelas sciencias medicas, jamais repousou na sua occupada carreira profissional.

Nascido na cidade do Rio de Janeiro, a 31 de Agosto de 1846, bacharelou-se em letras pelo antigo collegio

1 ) Aos que desejarem conhecer mais particularmente a vida do Dr. R. Monteiro, recommendamos a excellente biographia d'elle, publicada pelo Dr. Filinto Bastos, no *Diario da Bahia*, de 10 a 14 de Março de 1897, a qual muito nos ajudou na elaboraçãõ desta noticia.

Pedro II e doutorou-se em medicina pela Faculdade da mesma cidade.

Desde o inicio de seu tirocinio clinico dedicou-se ao estudo da pediatria.

Com publicar a mór parte de suas contribuições em lingua franceza, tornou-se o medico brasileiro por ventura mais conhecido no estrangeiro.

Sendo os archivos de seu serviço de creanças na Policlínica do Rio de Janeiro, da qual foi um dos fundadores, um requissimo repertorio de observações, nunca lhe faltou a materia prima de suas innumerables monographias sobre pontos os mais diversos da pathologia e da therapeutica infantil.

Muito extensa seria a enumeração dos multiplos trabalhos do fecundo pediatra; lembraremos apenas que elles lhe proporcionaram a satisfação de ser eleito membro de muitas das mais proeminentes associações scientificas da Europa e da America.

A *Gazeta Medica da Bahia* que de ha muitos annos o tinha no numero de seus collaboradores, rende á memoria do operoso pediatra a pequena homenagem destas linhas necrológicas.

M.

---

## MEDICINA PRÁTICA

Tendo em vista que a melhor razão de ser da medicina é a thêrapeutica, e que entre os nossos leitores ha um grande numero de clinicos a quem muito interessam as questões de therapia pratica, resolveu a redacção da *Gazeta Medica* mânter sob o titulo supra uma secção em que em poucas palavras dir-se-á o que parece haver de mais util na pratica dos mestres, para o tratamento desta ou daquella molestia.

O TRATAMENTO DA SEBORRHEA NAS CLINICAS DE LASSAR,  
MRACEK ETC.

Mracek:

1.º Fazer que se destaquem as escamas e crostas superficiaes por meio de unturas oleosas ou pomadas amolecedoras; 2.º lavagens a sabão com agua não muito quente. 3. Cobrir a pelle com uma pomada (oxydo de zinco, acido salicylico, enxofre) ou uma pasta (oxydo de zinco 7, enxofre 4, silica 2, banha benzoinada 28.) Podem-se empregar pomadas de precipitado branco ou vermelho. Mracek alterna o uso das pomadas com a applicação de loções alcoolicas de acido phenico, acido salicylico, naphthol ou resorcina.

Elle emprega ainda em embrocações o seguinte:

Tinct. de cantharida . . . . .	10 g.
» de benjoin . . . . .	20 g.
Bichlorêto de hydrargirio . . . . .	0,2 decig.
Hydrato de chloral . . . . .	4 gr.
Resorcina . . . . .	5 gr.
Oleo de ricino . . . . .	10 grs.
Alcool absoluto . . . . .	200 grs.

Recommenda ainda ás vezes:

Banha . . . . .	} aa 10 grs.
Agua de cal. . . . .	
Agua de camomilla . . . . .	
Unguento de zinco . . . . .	
Enxofre precipitado. . . . .	2 grs.
Acido pyrogalico . . . . .	0,4 decigrs.

Na seborrhêa secca emprega o prof. *Lassar*, de Berlim o seguinte:

- 1.º Fricções durante 10 a 15' com sabão de aleatirão.
- 2.º Lavagem á agua quente gradualmente resfriada.
- 3.º Lavagem com a solução seguinte:

Bi-chlorêto de hydrargirio . . . . .	0,5 a 1 gr. 50
Glycerina pura . . . . .	aa
Agua de Colônia . . . . .	50 grs.

4. Fricções com o seguinte:

Naphtol B . . . . .	25 centrig.
Alcool absoluto . . . . .	200 grs.
5º Untar o couro cabelludo com:	
Acido salicylico . . . . .	2 gr.
Oleo de olivas . . . . .	100 grs.

*Eichoff* preconisa, com excellentes resultados, o captol (producto de condensação do tanino com o chloral:)

Captol . . . . .	} aa	
Hydrato de chloral . . . . .		1 gr.
Acido tartarico . . . . .	}	
Oleo de ricino . . . . .		5 decig.
Alcool a 65 % . . . . .		100 grs.
Essencia aromatica . . . . .		9 grs.

M. para locções.

#### ASSOCIAÇÃO DO TRIONAL COM A PARALDEHYDE COMO HYPNOTICO

As soluções do trional em oleos ou na paraldehyde permittem mostrar experimentalmente que a acção pharmacodynamica, deste medicamento é susceptivel de se revelar em doses muito inferiores ás que tenham sido fixadas até então.

A associação do trional e da paraldehyde constitue um novo hypnotico 4 a 5 vezes mais activo que o trional, permite por conseguinte administrar o trional em doses muito menores. Não tendo sido observado accumulo pode se administrar o trional durante um tempo mais prolongado, sem receio dos phenomenos toxicos devidos ás doses elevadas.

Em todo caso o pratico jamais deve esquecer que ha idyosincrasias e que são muitas vezes insidiosos os accidentes em casos taes.

O Dr. Ropiteau aconselha que se prepare uma solução normal límpida a 15º segundo a formula seguinte:

Trional . . . . .	1 gr.
-------------------	-------

Paraldehyde . . . . . 2 grs.  
Oleo de amendoas doces . . . . . 15 grs.  
com esta solução compõem se as formulas seguintes:  
Solução normal de trional e paraldehyde 45 grs.  
Mucilagem de *carragaheen*. . . . . 90 grs.  
Kirsch . . . . . 15 grs.  
M. p. usar de 1 a 3 colheres no momento de deitar-se.  
Sol. norm. de T. e P. . . . . 8 a 15 grs.  
Gemma de ovo. . . . . n. 1  
Leite . . . . . 125 grs.  
M. para um clyster para um adulto.  
Temos usado de preferencia do seguinte modo:  
Uma colherinha da solução normal em leite no  
momento de deitar-se o doente. M.

## NOTICIARIO

### GREMIO DOS INTERNOS E REVISTA DO MESMO

A trinta de Maio do corrente anno effectuou o Gremio dos Internos uma sessão solemne para commemorar o primeiro anniversario de sua fundação e emposar seus novos funcionarios.

Como homenagem ao velho órgão da profissão medica neste Estado, foram designados para dirigir os trabalhos da sessão solemne, os seus dous redactores allí presentes: os Drs. Juliano Moreira e Afranio Peixoto, que foram com o Dr. Gonçalo Moniz acclamados socios honorarios.

A nova directoria da sociedade ficou assim composta: Presidente—José Lopes Pontes; Vice-presidente—Alvaro Tourinho; 1.<sup>o</sup> Secretario—Euripides Aguiar; 2.<sup>o</sup> Secretario—Antonio Bastos; Relator da Memoria Historica—Joaquim Fontenelle; Thesoureiro—José Pedro Paraiso Galvão; Membros da Commissão de Revista—Ulysses Paranhos, Mario Meira e Francisco Pondé. Pena é que os estatutos do Gremio dos Internos tenham sido

elaborados de modo que a nenhum alumno da Faculdade que não fôr interno será permitido collaborar como socio do mesmo em seus trabalhos. Entre os alumnos não internos ha indubitavelmente estudantes muito distinctos que, a exemplo do Gremio dos Internos do Rio de Janeiro, bem mereciam ser considerados membros da futura sociedade.

Tres numeros da nova phase da Revista do Gremio dos Internos já tem sido publicados. Almejamos que ella continue pontualmente a levar fóra da Bahia a prova de que o amor ao estudo ainda não abandonou a juventude deste Paiz.

Problemas varios de pathologia indigena estão de continuo a exigir que tenha uma orientação mais practica o ensino da medicina entre nós.

As necessidades do mesmo ensino no laboratorio e na clinica estão a impor á novel sociedade e á sua Revista o dever inilludível de ao nosso lado, pugnarem sempre pela melhora de nossos meios de estudo, o que será meio caminho para a realisação do mais sublime de nosso ideal de verdadeiros patriotas, que erguer o meio em que vivemos ao ponto de poder ser contado entre os centros d'onde irradia boa luz scientifica.

Pondo sempre o dedo á chaga de nossos defeitos de organisação, tendo sempre a vista no alvo justamente cubicado d'um reerguimento progressivo havemos de chegar, de aperfeçoamento em aperfeçoamento, á satisfação que nos traz um idéal conseguido.

Almejamos que o Gremio vise sempre este idéal, acalente sempre as mais levantadas aspirações para attingil-os.

