

Gazeta Medica da Bahia

Publicação Mensal

VOL. XXXIII

JANEIRO 1902

NUMERO 7

Aneurismas — carotidianos

Pelo DR. ARNOBIO MARQUES

Cirurgião no Hospital Pedro Segundo no Recife

As trez observações que se vão seguir referem-se á aneurismas da arteria carotida primitiva. A primeira é de um aneurisma traumatico, arterio-venoso, jugulo-carotidiano. A segunda é igualmente de um aneurisma traumatico, carotidiano situado quasi na origem do vaso.

Na terceira trata-se de um aneurisma espontaneo situado em um dos pontos de eleição.

1.ª *Observação.* — Aneurisma jugulo-carotidiano quadrupla ligadura, cura.

Em Maio de 1893 apresentou-se em nosso consultorio F. morador em um arrabalde desta cidade de 15 annos de idade, regularmente constituido, de temperamento lymphatico. Elle referia que achando se trabalhando á noite (era sapateiro este doente) diante de um candieiro de kerozene, entrara em sua casa um menino e atirara sobre elle uma espoleta; esta indo cahir sobre o candieiro fizera explosão rebentando-o, indo um dos estilhaços feril-o no pescoço, justamente no ponto em que elle apresenta o tumor de que deseja ser operado. Examinando, o encontramos um tumor de pequenas dimensões, situado na região carotidiana, correspondendo ao bordo anterior-do musculo esterno-cleido-mastoideo e ao meio da arteria carotida primitiva. Havia no tumor os symptomas dos aneurismas arterio-venosos e o doente sentia-se

muito impressionado pelo ruído que o incommodava á ponto de perturbar-lhe o somno.

A familia deste rapaz instava por um tratamento que o curasse o que fez fallarmos com franqueza, declarando que se tratava de um aneurisma, que se fazia necessaria uma operação e que essa operação era grave e podia terminar pela morte.

Apezar desta linguagem clara e franca a operação foi accета e resolvemos pratical-a no Hospital Pedro Segundo, pois que assim as condições seriam mais favoraveis, quer para o doente, quer para o Cirurgião.

Recolhido ao hospital foi para nosso serviço (enfermaria de S. Francisco Xavier) e dias antes da operação foi elle visto em conferencia pelos differentes cirurgiões do estabelecimento, os quaes concordaram com o nosso diagnostico e com a operação proposta — *ligadura quadrupla*. A chloroformisação foi feita pelo Dr. Alcebiades Velloso e o Dr. Malaquias A. Gonsalves, foi o nosso principal auxiliar. A operação consistiu na ligadura da carotida acima e abaixo do tumor que foi extirpado. O trabalho operatorio prolongou-se por mais de duas horas. Primeiramente ligamos a carotida entre o tumor e o centro circulatorio e quando procediamos a disseccção da outra extremidade arterial para ligal-a encontramos serias difficuldades porque o vaso frequentemente rompia-se. Igual cousa deu-se com a veia, tornando-se a operação tão difficil que recejamos a morte do doente antes de terminal-a.

Ligados os vãos, extirpamos o sacco, que estava muito adherente e que só foi retirado após um trabalho penoso. Drenagem do espaço morto resultante da extirpação do tumor e sutura terminaram a operação. Vinte e poucos dias depois o nosso doente tinha alta curado

e ainda hoje conserva-se residindo nesta cidade e perfeitamente são, tendo apenas bem visível a cicatriz que indica o ponto em que foi praticada a operação.

2ª. Observação—Em Julho de 1898 teve entrada no hospital Pedro Segundo, um individuo semi-branco de 30 annos de idade, forte, temperamento bilioso, apresentando um tumor na região supra-clavicular, tumor cujos caracteres eram os de um aneurisma carotidiano direito proximo á origem do vaso. O doente referia que em luta recebera varios ferimentos havia pouco tempo, dous ou trez mezes e que em poucos dias estava curado.

Logo depois começara a perceber pequena saliencia no ponto onde se vê o tumor, saliencia que foi gradualmente crescendo e que attingiu as proporções actuaes.

O tumor tem o volume de um pequeno limão e corresponde a um dos pontos em que este homem fora ferido.

Resolvemos praticar a operação, pelo methodo de Brasdor, e fomos auxiliados entre outros collegas pelos Dr. Arthur Cavalcante e Dr. Alfredo Costa. Nos dous primeiros dias que seguiram a operação o doente parecia melhorar, dizia respirar melhor e a voz parecia ser um pouco mais normal do que antes da operação. No terceiro dia porem elle é victima de hemorrhagia abundante que causou a morte immediata. A autopsia por motivos independentes de nossa vontade não foi praticada.

3ª. Observação—F. hespanhol, forte e sanguineo, de 60 annos de idade, foi-nos apresentado por um collega e amigo afim de ser operado de um aneurisma da carotida primitiva esquerda. O tumor era bastante volumoso situado no ponto superior d'eleição, offerecia a symptomatologia classica dos aneurismas e devia ser operado com urgencia porque a pelle mostrava tendencia á ulcerar-se.

O doente aceitou a proposta de uma intervenção

operatoria e a operação foi praticada no hospital Pedro Segundo em Novembro de 1901 com os Drs. Alfredo Costa, Eustachio de Carvalho, academico Oscar Coutinho e outros collegas.

Não houve facto algum notavel no acto operatorio nem na evolução da molestia. O doente teve alta curado *per primam* e no fim de um mez vinol-o novamente. O tumor tinha diminuido um pouco de volume e não causara incommodo algum.

A estas resumidas observações poucos commentarios faremos; ellas, são publicadas não a guisa de ensinamento, mas como casos clinicos que talvez possam ter algum interesse.

A primeira não nos parece destituida de todo valor; com effeito, si a extirpação de um sacco aneurismatico não pode ser considerada uma operação banal tratando-se de uma arteria dos membros, com maioria de razão não poderá ser julgado somenos o facto deste primeiro doente, pois que as difficuldades sobem de ponto tratando-se da carotida primitiva e da jugular interna.

Em um caso de aneurisma arterio-venoso da dobra do cotovello esquerdo praticamos a extirpação do sacco e foi uma operação trabalhosissima. Era um aneurisma traumatico, em um individuo moço e forte. Foram nossos auxiliares os Drs. A. Cavalcante e Ignacio Avila e o caso terminou pela cura.

Em um individuo que soffria de aneurisma poplitéo esquerdo fizemos a ligadura da femoral no canal de Hunter e como um mez ou dois depois da operação reapparecessem os batimentos do tumor, resolvemos praticar a extirpação do sacco.

Pois bem; ainda neste caso as difficuldades foram grandes.

E' bem certo que Pierre Delbet escreve que um cirurgião digno deste nome deve bem praticar a dissecação do sacco, mas o que é incontestavel é que nem todos os cirurgiões dispoem da capacidade do illustre professor francez. Como quer que seja «a dissecação do sacco é uma operação que exige certa habilidade cirurgica», d'ahi o suppormos ter algum interesse este caso de aneurisma arterio-venoso da jugular e carotida primitiva. Além disto Terrier diz que nestes aneurismas (jugulo-carotidianos) a extirpação do sacco como a dupla ligadura da veia e da arteria, ainda não foi praticada, e igual juizo exprime Walther no quinto volume do Tratado de Cirurgia — Duplay et Reclus. A' aquelles dous mestres não constava que tal operação houvesse sido executada e o eminente P. Delbet, conhecendo esta nossa observação considerou a como interessante e digna de publicação.

O segundo caso nada tem de extraordinario; é um aneurisma quasi na origem da carotida para tratamento do qual o meio mais seguro é a ligadura entre o tumor e os capillares. Foi o que fizemos mas tivemos o desprazer de ver o fallecimento do nosso operado.

A hemorragia deu-se em consequencia da ruptura do aneurisma? Foi o proprio vaso que rompeu-se no ponto ligado? A autopsia responderia a estas perguntas, mas infelizmente não foi possivel pratical-a.

O terceiro caso é de um aneurisma carotidiano simples. De facto nenhuma complicação havia, tratava-se de um homem forte, em regulares condições de saude e no qual parecia unico elemento desfavoravel a idade, superior a 60 annos, em que já as arterias tem «a ferrugem da velhice.» Como esperavamos, a operação teve resultado favoravel.



A aorta pulsátil

Pelo Dr. J. A. G. FROES

Assistente da Clínica Propedéutica

Já em 1746 esforçava-se Sénac em evitar a confusão possível entre as pulsações cardíacas e os batimentos aorticos, afirmando serem desta ultima natureza as pulsações percebidas na região do estomago (1).

Tambem Riolan e Morgagni citaram casos semelhantes de pulsações «na região superior e media do ventre» (1) sem que a saúde fosse levemente alterada. Não existindo batimento normal na região epigastrica certamente é solicitada a atenção do clinico para a existencia desse phenomeno, cujos caracteres mais salientes levam-no a formular, *prima facie*, o diagnostico provisório de aneurysma da aorta abdominal ou do tronco celiaco, designado o facto observado sob as denominações de *pulsações epigastricas, palpitações celiacas, batimentos nervosos da aorta, aneurysma dos estudantes* (2).

Phenomeno subjectivo muitas vezes, é ordinariamente visivel, apresentando aspectos mais ou menos intensos—da simples ondulação epigastrica á pulsação franca na trajectoria do tronco aortico; a palpação é o processo classico da exploração clinica que fornece os elementos de apreciação scientifica, reconhecendo pulsações superficiaes e profundas, fracas e fortes, accessiveis ou de difficil exame, conforme a intensidade do impulso e as condições pessoaes dos pacientes.

Afastada a primeira hypothese da ectasia da aorta abdominal, cuja acceitação, para todos os casos, era já duvidosa no seculo XVIII, surgiram multiplas interpretações, responsabilizadas successivamente a aorta, o tronco celiaco (3), a veia cava inferior, a arteria gastro-epiploica, o coração e o figado.

Glénard, enfrentando a questão, em seus estudos sobre a enteroptose (2), julga apenas admissíveis as localizações na aorta, no fígado e no coração.

Antes de estudar a localização aortica evidentemente a de mais importancia, faremos um resumo ligeiro das outras causas etiologicas apontadas.

Deixando completamente de parte as pulsações aorticicas transmittidas pelo fígado ou qualquer tumor de natureza diversa mas em identica situação, casos existem em que difficuldades desafiam a competencia do clinico, forçando-o ao reconhecimento de factores outros, como elementos etiologicos, recorrendo-se então ás pulsações hepaticas venosas da insuficiencia tricuspide (localizadas na veia cava inferior e nas veias do fígado por F. Glénard), ás pulsações hepaticas arteriaes observadas na molestia de Graves por Lebert e na insuficiencia aortica pelo Dr. Rosenbach.

Em taes casos o batimento existe manifestamente á direita da linha mediana, longe da séde habitual da aorta em seu segmento ventral; em um doente de Glénard apresentando crises pseudo-hepaticas e dôr intensa e persistente datando de 6 mezes e consecutiva a uma queda violenta sobre o ventre, a palpação denunciou, além de nephroptose do 3º. gráo e corda colica muito baixa, um batimento epigastico manifesto, de maximo á direita da linha mediana, dirigindo-se para fóra e para baixo, sendo que a pressão da região pulsatil em sua parte superior fazia desaparecerem as pulsações em todos os pontos em que eram anteriormente percebidas.

O caso acima referido de Rosenback fala em favor da realidade das pulsações epigastricas, adstrictas unicamente ao organo central da circulação.

Os batimentos apresentam-se então sob o aspecto

ondulações isochronas com o pulso radial e são devidos ao choque da ponta do coração meliormente propalado pelo augmento da energia contractil dos ventriculos ou pelo augmento de volume destes (hypertrophia e dilatação), como ainda nos casos de symphise cardiaca ou ankylose do coração (Bouillaud), de desvio deste organo para a linha mediana, de cardioptose dependente ordinariamente do abaixamento do diaphragma, de ectopia ventral ou ectocardia abdominal.

Estas pulsações sitas na fontanella epigastrica ou *scrobiculus cordis* (4) substituem por vezes o choque da ponta do coração annullado em sua séde normal, sem que no entanto, seja de rigor sempre corresponda a esse facto uma condição pathologica da viscera.

Contribue muito, em todo caso, para a facil percepção do phenomeno clinico o concurso de circumstancias que favoreçam a transmissão dos batimentos cardiacos, como a existencia de liquido intrapericardico (4) e a hepatomegalia ou a simples hypertrophia do lobo esquerdo ou epigastrico do figado.

Em um caso curioso observado por Sénac. descripto em 1833 por Allen Burns e citado pelo Dr. Francisco de Castro, os batimentos epigastricos muito violentos estavam intimamente ligados ás pulsações da veia cava inferior, cujo calibre admittia o braço de um adulto (4).

Vinculados estreitamente á aorta, as pulsações epigastricas ora dependem de um aneurysma verdadeiro, ora, e muito frequentemente, de palpitações nervosas da grande arteria ou da transmissão de um tumor intra-abdominal superposto ao vaso (5) como ainda pelo estado de magreza extrema e em certos casos de enteroptose.

A quem quer que se dedique á clinica com certo

interesse scientifico terá succedido de certo observar casos das diversas naturezas acima apontados, por isso que são elles muito frequentes entre nós, como o attestam dignos collegas e illustrados mestres, tendo-se nos deparado diversas occasiões de observal-os no curto periodo de nossa vida clinica.

O illustrado Professor Dr. Francisco de Castro, tão prematuramente roubado ás letras medicas do Paiz, dá testemunho da frequencia desses casos no Rio de Janeiro notando que verificou «repetidamente a hyperkinese da aorta abdominal, de um modo periodico, em mulheres cuja menstruação é deficiente, *menstruatio e parca*, e nas amenorrhéicas com o habitual *molimen* fluxionario, na epocha correspondente aos catamenios, e bem assim o desaparecimento dessas palpitações, depois de vencido o praso que estes durarem» (4).

A frequencia das pulsações nervosas da aorta é incontestavel na Bahia e mais observavel no sexo feminino do que no masculino; dentre diversos casos que tive ensejo de verificar destaco o de uma preta de cerca de 50 annos, constituição forte, cuja parede abdominal era tão flacida que permittiu-nos a palpação da aorta abdominal em quasi todo o seu percurso, notando-lhes as pulsações intensas sem que se apresentassem os caracteres da verdadeira ectasia.

Em taes casos, como o affirmou Sansom, não ha lesão material do vaso, mas augmento de suas pulsações, devido a desordens vaso-motoras e são tão amiude observados nos neurasthenicos e depauperados, enteroptosados e dyspepticos que tem todo cabimento o asserto de William Jenner, citado por F. de Castro: «*Instead of being your first, it should be your last idea that abdominal pulsation is due to aneurysm*».

Acceptando estas idéas, nota o egregio professor do Rio de Janeiro que muitas vezes o erethismo não se limita à aorta, estendendo-se às ilíacas primitivas e afirma que «aneurysmas no ventre são a excepção; as palpações, a regra». (4) Torres Homem, em suas notáveis *Lições de Clinica Medica* assim se exprime em relação ao assumpto: «Não admira pois que frequentemente se observe na pratica pulsações violentas da aorta abdominal, evidentemente nevroticas, sem que na aorta thoracica existam batimentos de igual violencia, sendo no entretanto a artéria uma unica, uniforme em toda a sua extensão desde a sua emergencia do ventriculo esquerdo até a origem das ilíacas primitivas» (6).

Laennec ouviu um sopro notavel em um caso desta ordem, o que não é de difficil comprehensão, attento o estado espasmodico da aorta; o mesmo insigne pathologista observou juntamente com Bayle em uma moça um tumor sub-epigastrico «apresentando pulsações fortes, isochronas com o pulso e acompanhadas de um movimento de dilatação geral manifesto» que qualificaram de aneurysma aortico, reconhecendo posteriormente seu engano, porque, findo um mez, á meõda que gradualmente voltaram as forças, desapareceram os batimentos e o pseudo-tumor. (1)

Ordinariamente a séde dos batimentos epigastricos acha-se na linha mediana (Huchard) ou á esquerda desta linha (Hénard) em um trajecto correspondente ao da aorta mais ou menos comprehendido entre 2 e 5 centimetros de comprimento e 1 de largura, da extremidade anterior da nona costella ao umbigo. (2)

Fréquentes nos individuos nervosos e nos que soffrem de perturbações gastro-intestinaes, utero-ovarianas e apresentam quedas organicas, principalmente a ptose do

colon transverso, o que aproxima do plano muscular a arteria aorta, as pulsações hyperkineticas são por vezes *violentas paroxysticas, intercadentes, levantando fortemente a mão exploradora sem expansão lateral, sem nenhum ruido morbido*, segundo a caracterização de H. Huchard.

Entretanto é esse mesmo autor que nos refere o caso transcripto de Bayle e Laennec em que a existencia do tumor e do sopro contribuíram para desviar da verdade o criterio clinico dos 2 notaveis scientistas. E' essa uma prova evidente de que muita vez cerca-se o diagnostico de serias difficuldades, máo grado os elementos differenciaes de que dispõe hodiernamente a sciencia do diagnostico; conforme os casos, póde-se acompanhar com maior ou menor facilidade o trecho abdominal da aorta, ordinariamente indolor, cujo relevo é ás vezes perceptivel á palpação; os movimentos expiratorios facilitam esse exame, approximando a parede anterior do abdomen do grande vaso arterial e affastando o lobo epigástrico, o figado e o estomago.

A facilidade de palpar a aorta implica evidentemente, diz Glénard, a suppressão das condições que normalmente difficultam o accesso dessa arteria, isto é, indica diminuição da tensão abdominal e deslocamento dos órgãos interposos á parede anterior do abdomen e á aorta.

Não se deve considerar o batimento epigástrico como um signal evidente de enteroptose, apézar de Glénard tê-lo encontrado frequentemente em taes casos, exprimindo-se do seguinte modo:

«Póde-se attribuir uma das variedades do batimento epigástrico, aquella em que a séde da pulsação é aortica e a aorta perceptivel, ao abaixamento pathologico do colon

transverso, que normalmente é interposto à aorta e a parede, isto é, á *enteroptose*.

Em todo caso, nada de formulas absolutas; assim como não é verdade que o batimento aortico constitua signal evidente de enteroptose, tambem não se segue que em todos os casos de ptose do colon transverso se deva fatalmente contar com a pulsação aortica, porque orgams outros, como o estomago dilatado e o figado prolabado, interpondo-se à aorta e à parede do abdomen, impossibilitam a accessibilidade daquella, deixando de lado as difficuldades oriundas da espessura do panniculo adiposo abdominal.

Quando a aorta é palpavel no epigastrio, a palpação denuncia tambem a corda colica transversa, mais ou menos abaixada, segundo o gráo da ptose; e é tão importante essa verificação que, affirma F. Glénard, não basta a extrema magreza para que a aorta se torne palpavel no epigastrio, torna-se indispensavel que haja concomitantemente estenose e abaixamento do colon transverso (*corda colica*).

Esta forma, em seu ponto de intersecção com a aorta, uma *massa preaortica*, 2 1/2 centímetros approximadamente acima do umbigo, pastosa, resistente, tendo de largura um centimetro, sobre 2 1/2 de altura, bem limitada superior e inferiormente e movel de cima para baixo ao longo do grande vaso, sobre o qual se destaca em relevo. Glénard, que foi o primeiro clinico que a estudou, em suas pesquisas sobre a enteroptose, aventou ao lado dessa hypothese vencedora, diversas outras como as de ganglio preaortico, lobulo aberrante do pancreas, ectopia deste organo, anomalia da camada musculo-aponevrotica da parede abdominal anterior ou de um dos segmentos do musculo recto anterior do abdomen. (2)

Sendo ordinariamente indolor, desperta-se por vezes á palpação sensibilidade anormal no ponto de compressão da aorta pelo dedo explorador, dando lugar a vertigens que desaparecem ou voltam parallelamente á cessação da pressão ou ao augmento desta, como foi dado a Glénard verificar em 1886.

Depois dos caracteres apontados que individualisam a *aorta pulsatil*, vejamos como estabelecer o diagnostico differencial entre este estado anormal e o aneurysma da aorta abdominal.

Na hypothese de aneurysma verdadeiro ha pulsação, unica ou dupla e circumscripta, que se não desloca pelos movimentos respiratorios e se acompanha de movimento de expansão em massa melhor percebido no sentido transverso ou lateral, segundo as observações de Bamberger e de E. Boinet (7), confirmadas por Francisco de Castro.

O pulso no aneurysma, escreveu este illustre professor brasileiro, não se produz como um choque em zona limitada; é um batimento largo, diffuso por toda a superficie exploravel do sacco aneurysmal, porque o sangue, que neste penetra, communica-lhe ao conteúdo o movimento com que vem.

É precisamente identico o pensamento de Lefort (citado por Huchard) quando diz que nos casos de aneurysma sente-se que a força expansiva se propaga de um ponto do tumor a toda a massa.

O meio pratico de verificar esse facto é o indicado por Luigi Concato, professor de Turim, e consiste em applicar successivamente nos 4 pontos cardeaes do tumor a extremidade objectiva de um esthetoscopio e apreciar a direcção dos movimentos, amplificados na extremidade opposta do apparelho; tratando-se de aneurysma, a haste rigida do esthetoscopio mover-se-á em direcção opposta

á obtida, quando applicado o instrumento no ponto cardial fronteiro; nas demais hypotheses, o movimento se fará sempre na mesma direcção, dirigindo-se para cima e com maior intensidade no centro no caso de aorta simplesmente pulsátil. (4)

A razão de ser do phenomeno está na expansibilidade propria do sacco aneurysmal, movimentado pelas ondas sanguineas que nelle se expandem, acompanhando o moto cardiaco. A par do retardamento symetrico do pulso crural (falho quando a ectasia se concentra no tronco coeliaco) nota-se exaggero da circulação arterial quando se comprime o tumor abdominal e sua diminuição ou retardamento, quando cessa a compressão do aneurysma.

Nas aortectasias abdominaes, opinava Laennec, não se sente o calibre da arteria, cujo diametro normal pôde ser percebido nos casos de aorta simplesmente pulsátil.

Os signaes esthetoscopicos, objectivados em um sopro systólico ou mais raramente diastolico, variavel por vezes com a attitude do doente (Corrigau, Lees) e podendo faltar de modo absoluto, não pôdem merecer importancia pratica avantajada.

De muito mais valor, neste particular, são os phenomenos de compressão dos *organs circumpostos* e as dôres nevralgiformes que constituem frequentemente o periodo crepuscular, immediatamente anterior ao diagnostico irrefutável da dilatação da grande arteria abdominal.

Os velhos mestres ligavam extrema valia ao elemento dôr como meio elucidativo do diagnostico, referindo-se *Morgagni* á violencia, á rebeldia e á gravidade deste symptoma, que Laennec considera analogo, em seu character terebrante, á accção de um trado ou de uma verruma.

Torres Homem considera a dôr como symptoma

constante, com exacerbações vespertinas e nos períodos digestivos, podendo simular cólicas estomacaeas e intestinaes, de intensidade variavel, continuas ou de caracter francamente intermittente.

Segundo a observação do Dr. Francisco de Castro, tantas vezes citado, «a dôr fixa em uma região do tronco, com ou sem irradiações ou exarcebações nevralgicas, não podendo filiar se em causas evidentes e sobretudo havendo resistido a um tractamento regular, é indicio positivo e, frequentes vezes, o unico de um aneurysma da aorta».

Do exposto resulta que a intensidade, persistencia e fixidez dos phenomenos dolorosos, ao lado de suas exacerbações com a attitude variavel do paciente e suas irradiações, constituem elementos de inestimavel valor para o diagnostico differencial entre a aortectasia abdominal e os estados simplesmente hyperkineticos da aorta ventral.

1) H. Huebard—Maladies du cœur et de l'aorte—Tomo II.

2) F. Glénard—Du battement épigastrique in Rev. de Mal. de la Nutr.—1893.

3) Debove e Achard—Manuel de Diagnost. Méd.—Tomo I.

4) Francisco de Castro—Tractado de Clinica Propedeutica—Tomo I—Cap. IV.

5) Mayet—Traité de Diagn. Méd. et de Seimetol.—Tomo II.

6) Torres Homem—Lições de Clinica Medica—Tomo II.

7) E. Boinet—Anévrysmes de l'aorte—in Traité de Méd. e de Therap. Brouardel, Gilbert etc.—Tomo VI.

O lugar das mioclonias em nevropathologia

Pelo Dr. JULIANO MOREIRA

(SUBSTITUTO DE NEVROLOGIA E PSYCHIATRIA)

(Continuação)

Logo após á hysteria merecem estudadas as correlações entre a epilepsia e as mioclonias:

Não é pouco que na hysteria o numero de casos em que houve concomitancia ou alternancia de ataques

epileptiformes com descargas myoclonicas, porém aqui os factos revestem muitas vezes uma feição diversa, isto é do confronto da maioria das observações publicadas resulta um quadro por tal modo uniforme sob o ponto de vista da etiologia, da syntmatologia e da evolução, que se torna preciso discutir a possibilidade da existencia de um grupo a parte em meio ás mioclonias.

Em primeiro lugar temos que reflectir no cunho de molestia familiar com que a mioclonia se manifestou nos casos de Unverricht, nos de Verga e Gonzales, nos de Seppilli, nos de Bresler, etc. Mas com ser familiar nem sempre o mal attinge todos os membros da familia por isso que os cinco irmãos doentes primeiramente referidos por Unverricht, tinham outros cinco irmãos dos quaes um com 21 annos, que eram sãos. Dos tres referidos depois havia um irmão sadio e uma irmã morta de tuberculose sem mioclonia.

As duas irmãs doentes de Bresler tinham uma outra mais velha alcoolata porém que nunca teve mioclonia. Em cinco irmãos estudados por Verga e Gonzales, tres apenas eram doentes. E assim em outros casos.

Do predominio dos casos no sexo femenino e da frequencia do alcoolismo nos paes dos doentes nenhuma illação se pode tirar, não somente porque novas observações podem modificar estas conclusões como ainda porque em casos outros não familiares e não complicados de contracções epileptiformes, tem sido observadas as taes circumstancias etiologicas.

Os cinco casos têm sido vistos em doentes até da idade de 21 annos e ás mais das vezes têm sido iniciados pelos ataques epileptiformes, sobrevindo a mioclonia 5 a 11 annos apoz. Em alguns os ataques epileptiformes suc-

cederam 3 mezes quando muito ao apparecimento concomitante d'esta com aquelles é que é excepcional.

Ainda que tenham sido observados accessos convulsivos diurnos no inicio do mal, geralmente é na segunda metade da noite que elles se manifestam.

Os diurnos por vezes sobrevêm mais tarde. Os meninos doentes a principio têm o ataque sem despertar e pela manhã não tem consciencia de que o tiveram. Depois começam a despertar quando elle sobrevem, mas a perda de consciencia têm sido notada na grande maioria dos casos observados. Ha porém casos em que logo após a uma phase inicial tonica se succede a clonica deixando intacta a consciencia. Fóra d'estes casos que alguns consideram abortivos, nos outros tem sido observada toda a serie complexa de symptomas que têm sido vistos na epilepsia.

A duração dos paroxismos é de poucos minutos até meia hora, porém sua frequencia é muito variavel, sendo notavel que os ataques epileptiformes que apparecem alguns annos antes da mioclonia tornam-se menos intensos e menos frequentes quando ella sobrevem.

Os espasmos clonicos, que bem parecem os produzidos por descargas electricas, ou attingem grupos musculares ou musculos inteiros, ou feixes de musculos, cujas contracções por vezes puramente fibrilares ondulam sob a pelle.

Os espasmos clonicos em geral não attingem grupos musculares synergicos, donde resulta que não se obtem effeitos locomotores.

Quando os espasmos são muito fortes e em grandes massas musculares se observam movimentos de flexão e extensão dos dedos, do cotuyello e do joelho, pronação e supinação do anti-braço, rotação das pernas, etc.

Os movimentos podem ser symetricos mas nem sempre synchronos.

Em geral cômecam nas extremidades superiores porém com os progressos do mal, se diffundem aos inferiores, ao tronco, á cabeça e as vezes, ainda que raramente, ao aparelho da phonação. Somente os musculos do ouvido até hoje não foram citados como atingidos.

Em varios casos a face, a lingua, e o diaphragma são poupados.

A medida que apparecem os espasmos em novos musculos, augmentam de intensidade as contracções dos musculos anteriormente atingidos. É assim que as regiões primeiro affectadas são sempre aquellas em que os espasmos são mais intensos. Estes em certos dias chegam a quasi desaparecer, em outros exaggeram-se desmesuradamente, convindo nôtar que estas oscillações nem sempre coincidem com as intervenções therapeuticas.

Os sobresaltos musculares não têm regularidade nem rhythm, por vezes sobrevêm por assim dizer em grupos.

E' factó que ás vezes com serio esforço o doente pode fazer cessar por momentos as contracções não muito fortes, assim como no inicio do mal nota-se que os sobresaltos cessam por occasião dos movimentos voluntarios, mas apenas nos dias em que aquelles são fracos.

De ordinario no inicio dos movimentos voluntarios os sobresaltos augmentam de intensidade para depois diminuir ou cessar de todo.

Elles cessam durante o somno, mas quando o mal se torna muito intenso mesmo então pequenas e isoladas contracções podem ser observadas.

Massagem, applicações electricas, emoções psychicas de ordinario augmentam a intensidade das contracções.

Unverricht, assevera que no inicio do mal são menos intensas as contracções quando o doente está de pé e maximas quando deitadas; mas que se depois de estar deitado o doente tenta erguer-se os sobresaltos attingem o maximo de intensidade. Nem sempre porem as cousas são assim e em um mesmo doente ellas mudam com os dias, e com a maior ou menor emoção com que elle accompanha o progredir de seu mal.

Os movimentos passivos são possiveis mas em alguns casos nota-se um certo grau de hypertonia, principalmente no inicio do movimento. A força muscular em geral é muito bem conservada: porém em alguns casos ella é diminuida de um ou dos dous lados.

Rarissimo é a atrophia dos musculos e quando observada é bem devida á inacção a que se condemnam alguns doentes.

A excitabilidade electrica dos nervos e dos musculos tem sido sempre normaes; já houve porém casos em que se encontrou reacção de degeneração ainda que parcial.

Os reflexos profundos, sobretudo os patellares, são habitualmente normaes, havendo porém casos em que estes têm sido exaggerados.

Os reflexos superficiaes são normaes.

Não tem sido observadas perturbações dignas de nota para o lado das diversas especies de sensibilidade.

Os varios sentidos tambem são normaes assim como o campo visual.

Nos casos cuja synthese faço n'este momento não havia zona hysterogena.

Tem-se observado balbuciamiento e bradilalia porque os espasmos clonicos frequentemente attingindo

tambem os musculos do tronco e o diaphragma obrigam o doente a interromper as palavras e as syllabas.

O estado mental dos doentes ou tem sido normal ou tem apresentado estygmias psychicos degenerativos, ou debilidade intellectual, dysmnesia, emotividade facil etc.

Muito frequentes tem sido a inapetencia, a diarrhéa e ainda outras complicações gastro-intestinaes. O baço tem sido visto um pouco augmentado especialmente durante a diarrhéa.

Para o lado da urina não tem sido notadas alterações constantes; a não ser indicanuria, que é frequente, só albuminuria e peptonuria foram observadas, em poucos casos. Quanto á quantidade e á densidade não tem sido observadas modificações dignas de nota.

Sob o ponto de vista da curabilidade, direi que o mais que se tem obtido é alguma melhora. Cura, nem mesmo temporaria, não foi observada.

Variavel tem sido a duração dos casos até hoje observados: desde 3 até 21 apoz o inicio do mal.

A morte por complicação pulmonar é que tem sido muito frequentemente observada.

Eis ahí fica o quadro morbido resultante do confronto dos varios casos até hoje publicados sob a rubrica de mioclonia familiar acompanhada de accessos epileptiformes.

Tal era a constancia dos symptomas que eu julguei util substituir a reproducção da historia por miúdo dos varios casos em questão pela synthese que ahí fica.

E fi a para poder affirmar agora que a não ser a circumstancia de terem sido varios doentes de uma mesma familia os attingidos, isto é afóra este cunho de familiaridade assignalado nos casos de Unverricht, Verga e Gonzales etc., nada mais existe de peculiar ao que se tem

procurado differenciar sob o título de mioclonia familiar.

Tive eu por exemplo, a oppurtunidade de observar um caso em que ha os symptomas referidos sem que exista nenhum outro caso na familia.

Procurando na literatura medica casos equivalentes vejo que o meu não é unico nem excepcional. Os de Béchterew, o de Garnier e Santenoise, o de Homen, o de Lugaro etc., não eram familiares. Parece portanto que a circumstancia de ser familiar é accessoria coincidente talvez.

Quando muito por consequente julgada a necessidade de manter o grupo creado por Unverricht, elle constituirá uma subdivisão da classe de mioclonias com paroxismos epileptiformes.

Vem a proposito discutir se os casos a que me vou referindo não são de epilepsia em que sobrevieram contracções clonicas mais intensas e prolongadas.

Russel Reynolds affirmou que mais ou menos os trez quartos dos epilepticos soffrem de contracções clonicas nos periodos interparoxysticos. Escreveram Garnier e Sante-noise que um delles tem observado mais de trezentos epilepticos internados e que a asserção de Reynolds é evidentemente excessiva. Ainda que eu proprio tenha visto um numero muito elevado de epilepticos, observando nos periodos interparoxysticos ligeiras contracções musculares apenas perceptíveis pelo doente acho, isolado, de pouca monta o argumento, por isso que somente por ser raro não se nega a existencia de um facto.

E' real que as mais das vezes os espasmos clonicos interparoxysticos da epilepsia têm um character diverso das clonias descriptas por Fridreich, sob o nome de *paramyoclonus multiplex*, mas eu tive oppurtunidade de obser-


var um caso em que apoz uns ataques diagnosticados epilepticos sobrevieram eccessos francamente myoclonicos que não foram mais do que uma intensificação dos pequenos espasmos clonicos que anteriormente existiam nos periodos interparoxysticos. Esta mudança de feição clinica dos referidos espasmos não parece talvez indicar identico ponto de origem para elles? Aqui como em muitos outros pontos do assumpto que nesse momento eu estudo faz-se preciso esperar que occurram autopsias ou façam-se experiencias que fragam luz sobre os factos.

Quatro apenas são as autopsias em caso de mioclonia com accessos epileptiformes: dous de Bresler, dous de Verga e Gonsales.

A diversidade de lesões macroscopicas e a falta de exame microscopico do cerebro, da medulla etc., fazem com que não nos possamos utilizar das referidas autopsias para architectar explicações.

Os casos de Unverricht não poderiam ser ligados a convulsões hystero-epilepticas? Se assim fóra, deveriam elles serem agrupados ao lado dos que tem sido descriptos como de origem hystérica. Em casos de Unverricht, ás vezes o accesso de mioclonia abortava, se os doentes despertando no principio do accesso punham-se logo de pé ou se praticavam uma fricção no epigastrio. Demais a circumstancia de serem familiares parece indicar tambem que ás mais das vezes senão sempre, trata-se de contagio psychico. No caso que eu tive occasião de observar e a que me referi linhas acima, não encontrei estygmas hystericas mas julgo necessario que todo aquelle observador que tiver oppurtunidade de ver novos casos (sobretudo os familiares) tenha em grande conta examinal os com o maximo cuidado tendo em vista a hypothese formulada acima.

(*Continua.*)



Os recentes trabalhos portuguezes sobre a molestia do somno

(Revista pelo Dr. JULIANO MOREIRA)

Entre as molestias chamadas dos climas tropicaes ha diversas que não tem sido achadas entre nós ou tem passado despercebidas ou tem cessado de existir.

Entre estas ultimas estão o macúlo e o dracontíase, entre as que tem passado despercebidas estão o botão endemico, o goundun e o pé de madura. Entre as que não tem sido achadas temos a verruga peruviana, o *distomum crassum* etc.

A molestia do somno estará n'este ou no grupo anterior? Em *Hirsch — Handbuch der hist. — geog. Pathol. 2 Auf.*, III 1886, — em *Scheube — Die Krankheiten der Warmen Länder — 2 Auf.* etc. encontramos citado um Dr. Ribeiro (segundo *Ullersperger — Monatsbl. f. med. Stat.* 1871 pag. 361) que affirmou existir a molestia do somno aqui no Brazil em trabalhadores pretos. O Professor Mendes diz ter visto um caso que se lhe afigura incontestavel. Achamos digno de nota que Sigaud que dedicara um capitulo inteiro ás molestias dos negros nenhuma referencia fez á molestia em questão; no entanto desde 1800 que Winterbotton, cirurgião inglez, chamara a attenção para a lethargia dos negros, e quatro annos antes de apparecer o livro de Sigaud, Clarke publicou suas observações na Serra Leoa. Seja como fôr é necessario chamar attenção de nossos praticos para a tal molestia e pedir-lhes que transmittam á imprensa medica a historia de qualquer caso que tenham observado ou venham a observar.

Agora é nosso intuito enteirar nossos leitores sobre os recentes estudos effectuados pela missão scientifica

que do Real Instituto Bacteriologico de Lisboa foi a Africa estudar a doença do somno.

O Ministro da marinha portugueza nomeou para compor a referida commissão os doutores Annibal Bittencourt — chefe da missão e Director do Real Instituto Bacteriologico de Lisboa, Annibal Celestino Correia Mendes, facultativo de 2.^a classe, Ayres J. Kopke Correia Pinto — medico naval de 1.^a classe, director do laboratorio microbiologico do hospital de Marinha, José Gomes de Rezende Junior — tenente medico do exercito, medico do Real Instituto Bacteriologico.

A 7 de Maio chegou a Ilha do Principe e a 30 do mesmo mez á Angola, esta commissão, que pouco depois iniciou a tarefa. E' do magnifico relatorio apresentado no Ministerio da Marinha que procuramos tirar notas para o resumo que se segue.

A doença do somno, segundo crença geral, foi importada antes de 1799, do Gabão, pelos escravos que eram trazidos á ilha do Principe.

Antes porém de 1887 era diminuto o numero de casos; só depois d'esta data a endemia temou maior incremento, attingindo nos ultimos trez annos o grau elevado em que actualmente se encontra. E' isto attribuiavel á importação de numero elevado de serviçaes das regiões infestadas da costa occidental d'Africa.

Foram observados clinicamente 28 individuos atacados da doença do somno, 22 do sexo masculino e 6 do femenino, incluindo neste numero 5 estudados na ilha do Principe. Os doentes eram 13 adultos e 15 menores entre 7 e 11 annos provaveis.

Falleceram 12 que todos foram autopsiados accrescendo mais uma necropse de um individuo não examinado em vida.

Nos casos averiguados a duração da doença foi de 3 a 4 mezes prováveis.

Das observações feitas concluíram os commissionedos que a doença em questão se revela principalmente por perturbações notáveis dos systemas lymphatico, nervoso, circulatorio e tambem na calorificação.

Os engorgitamentos ganglionares, que sempre existem ou são limitados ao pescoço em qualquer das suas regiões ou generalizados. Os ganglios em dimensões oscillam entre um feijão e uma noz fazendo em certos casos saliencia visivel sob a pelle.

Os engorgitamentos precedem o apparecimento dos outros symptommas.

A não ser nos ultimos periodos a sensibilidade tactil mantem-se normal.

A dolorosa n'alguns raros doentes se manteve exaltada quasi até a terminação fatal.

Em relação á sensibilidade thermica distinguem os doentes as sensações de calor e frio.

Sentido muscular e consciencia dos movimentos passivos conservam-se integros até aos ultimos periodos.

Não ha perturbações subjectivas da sensibilidade, além do prurido cutaneo generalizado. Não ha dysesthesias.

Ha cephalalgia ás vezes, porém pouco intensa e passageira. Não ha o grito hydrencephalico proprio das outras meningites.

No decurso do mal não se manifestam perturbações sensoriaes de grande monta. A visão conserva-se, porém os doentes um pouco mais cultos referem que a applicação da vista á leitura provoca facilmente cansaço com a sensação subjectiva de que as letras tremem.

Com o periodo e a forma da doença variam os reflexos superficiaes e profundos.

Não se observou o signal de Argyll Robertson. A reacção iriana photo-motora conserva-se normal até ás phases adeantadas da doença, então as pupillas estão em geral dilatadas reagindo preguiçosamente á luz e voltando depois de uma serie de pequenas contrações esphinctereanas ao grau de dilatação anterior. Os reflexos conjunctivos mantêm-se até á agonia excepto em um caso que a sua ausencia se manifestou 17 dias antes da morte.

Ha tremor de rythmo lento e pequena amplitude algum tempo depois do começo do mal. A lingua ás vezes é séde de contracções febrilhares.

Os tremores ainda que attenuados existem mesmo durante o repouso estando os doentes deitados e até a dormir. Cessam nos periodos terminaes.

Com o progredir da molestia a marcha torna-se mais difficil e mais lenta até ao ponto de não ser possivel a attitude em pé.

Não ha signal de Romberg. Não ha paralyrias, nem convulsões. Ha rigidez da nuca facilmente vencivel, um certo grau de hypertonicidade dos musculos, dos membros superiores e inferiores que sem obstar aos movimentos, dá ao tacto sensação de dureza muscular.

Duas vezes verificaram a existencia do signal de Kernig.

Somente quando ha hypertonicidade os musculos são dolorosos á pressão.

Não ha atrophias musculares nem perturbações trophicas.

A somnolencia que domina a symptomatologia morbida é uma das manifestações iniciaes aquella sobre a qual é primeiramente chamada a attenção do doente. A principio vencivel, torna-se mais tarde imperiosa. Não é raro ver os

dentes caírem em somno durante as refeições ficando com a comida na bocca sem completar a mastigação.

No decurso da evolução morbida ha phase do augmento e outros de attenuação. Depois não ha mais acalmias da somnolencia; o somno se estabelece definitiva e quasi constantemente. Não é tão profundo que não se possam despertar os doentes com relativa facilidade: o que succede, porem, é elles de novo caírem rapidamente em torpor logo que deixam de ser excitados.

Mesmo nas phases adiantadas da doença, acordam aguilhoados pela necessidade de se alimentarem. A tendencia á hypnose traduz-se na face por uma expressão menos viva do olhar e leve queda das palpebras superiores.

Diminuição da tensão arterial.

Pulso a principio pequeno mais igual, rythmico e de frequencia normal, torna-se mais tarde disigual, em geral frequente e por fim arhythmico e filiforme.

Não observaram ruidos anormaes.

Quando a doença se aggrava, ha tachycardia com embryocardia mais ou menos accentuada.

Nunca encontraram a filaria perstans.

A percentagem da hemoglobina, ao hemometro de Fleischl, está sempre diminuida, oscillando entre 8,19 e 10 %.

A temperatura não tem evolução cyclica. Ha de quando em quando accessos febris, em geral vespertinos de 38 a 39° sem que no sangue se encontre o hemosporideo do paludismo.

Approximando-se a doença de seu termo fatal, ou a temperatura se eleva a 40° e além ou, mais frequente, se accentua a hypothermia, até á algidez terminal.

Apparelho respiratorio quasi sempre indemne.

Lingua quasi sempre um pouco saburrosa, mas humida. Não ha augmento de volume das amygdalas.

Appetite conservado até ao fim.

Não ha vomitos nem nauseas.

E' frequente nos periodos terminaes da doença o ventre deprimido e excavado das meningites.

Observaram por vezes hepato e splenomegalia.

Emagrecimento progressivo.

E' constante a presença da albumina ainda que em pequena quantidade por vezes vestigios apenas.

Urobilinas nas urinas não recentes.

Diminuição da urêa e dos phosphatos.

E' facto contante nos adultos a perda da erecção.

Eis ahi resumida a magnifica descripção que os illustres commissarios deram da symptomatologia da doença do somno.

A' autopsia encontraram: Exsudado infra-arachnoideo trazendo em consequencia augmento do liquido cephalo rachidiano nos ventriculos e nos espaços sub serosos. O liquido nunca é transparente, todavia não purulento. A existencia deste exsudado é evidentemente a consequencia de uma inflamação meningopio-arachnoidiana de agudeza e intensidade variaveis, de marcha mais ou menos rapida. A arachnoidea está leve e desigualmente espessada, turva e opalescente n'algumas regiões; a pia-mater congestionada, mas não uniformemente.

Predominam as lesões na convexidade dos hemispheros e ahi com particular predilecção ao longo dos bordos superiores a partir do terço posterior das 1.^{as} circumvoluções frontaes até á extremidade occipital do cerebro e, com maior accentuação ao nivel dos lobulos paracentraes. No cerebello ha tambem um ponto de preferencia para estas lesões--o monticulo do verme superior. Ha ás vezes focos

de pachymeningite secundaria. Ha pontuado hemorrhagico na substancia branca nos casos em que a congestão meningea é mais accentuada.

Congestão meningea rachidiana mais intensa na pia-mater e em geral predominando na metade inferior da medulla.

Liquido cephalo-rachidiano igual ao cerebral. Não foram encontradas lesões macroscopicas da substancia medullar.

As lesões encontradas nos outros órgãos tem sido de ordinario tão variaveis ou tão banaes que não merecem menção.

As investigações histo-pathologicas foram encetados em todas as autopsias feitas, pela colheita de fragmentas do systema nervoso central.

Fragmentos tirados de varias regiões foram fixados em alcool absoluto outros em liquido de Müller. Inclusive em parafina ou celloidina.

A infiltração leucocytaria meningea predominante na pia-mater e arachnoideã é intensa. Esta infiltração se encontra mais pronunciada em volta dos vasos piaes e dos que penetram na substancia nervosa não sendo raro observar na substancia branca do cerebro e bulbo as paredes vasculares consideravelmente espessadas e cercadas pelos elementos redondos. A infiltração é muito pronunciada na substancia cinzenta dos centros, mais ou menos diffusa, mais ou menos intensa, accumulando se em certos casos os referidos elementos redondos em torno das cellulas nervosas, sobretudo junto das grandes pyramidaes do cerebro, que não é raro observar de forma modificada pela visinhança de 3 ou 4 pequenas cellulas redondas de nucleo fortemente corado, que áquelles se encostam, cavando depressão nos bordos da cellula nervoso onde se alojam.

Estas alterações foram observadas nos cortes do lobulo paracentral.

O exame histologico revelou a existencia de tecido conjunctivo de nova formação, muito vascularizado, nas adherencias achadas entre a dura-mater e as meninges sub-jacentes.

Em um caso foi encontrado o diplo. estreptococco, de que falaremos em breve, em cortes feitos, nos vasos da pia-mater, nos capillares cerebraes e medullares, bainhas lymphaticas de casos, na substancia nervosa inter-cellular, e no ganglio bronchico.

Prosiguirão as pesquisas feitas pelos methodos, de Nissl, Weigert, Pal, Marchi; do que ha feito parece deduzir-se não haver lesões systematisadas dos feixes de fibras nervosas, as observações ultteriores infirmarão ou confirmarão o que fica dito.

O unico germen constantemente revelado pelas pesquisas etiologicas, feitas intra-vitam e post-mortem é um diploestreptococo cujos caracteres, summariamente, são:

Nas preparações feitas com o liquido cephalo-rachidiano obtido por punção lombar, com o succo dos ganglio ingurgitados e com o exsudato meningeo encontram-se micro-organismos, dispondo-se os pares mais ou menos arredondados ás vezes um pouco ellipticos, em geral, porém, hemisphericos e olhando pela parte plana de modo a tomarem um aspecto analogo ao que se observa no cocco de Nesser e no diplococcus intracellularis meningitidis de Weichselbaum.

Os diplococcus, em geral muito mais frequentes no exsudato cerebral do que no liquido cephalo-rachidiano, coram-se facilmente pelas diversas côres basicas de anilina: obtêm-se boas preparações com o azul alcalino de Loeffler ou a thionina phenicada de Nicolle.


Cultivam-se bem na mistura do liquido ascitico com o caldo de carne, ou com o macerato de estomago de porco e agar. Cultivám-se mal nos meios solidos, excepto no liquido proposto por Martin para a cultura do bacillo de Loeffler solidificado pela addição de gelose.

Nos meios asciticos, liquidos, abundam nas primeiras gerações as formas diplococcicas puras. Nos meios solidos é frequente encontrar desde o começo cadeias numerosas ao lado de raros microorganismos dispostos em pares isolados. Nas cadeias é sempre facil reconhecer que diplococcus as constituem.

Eis ahí resumido o excellente relatorio que ao ministerio da marinha portugueza enviou a *missão scientifica* por ella nomeada.

Ao tempo que andava por terras da Africa, a *missão portugueza*, no Instituto Bacteriologico de Lisboa, os Drs. Moraes Sarmiento e Carlos França faziam magnificos estudos anatomo-pathologicos sobre um caso de doença do somno por elles autopsiado no Hospital de S. José. Tratava-se de um doente vindo da Africa. Das pesquisas feitas ficou evidentemente provado o que o processo anatomo-pathologico das meninges é na doença do somno uma leptomeningite chronica e profunda ou meningoencephalite. Lamentavel é que não haja espaço neste numero para resumir a excellente contribuição publicada pelos illustres medicos do Real Instituto Bacteriologico de Lisboa.

A' medicina portugueza envia a *Gazeta Medica da Bahia* muitas felicitações pelo modo proveitosissimo pelo qual os successores do notavel Professor Pestana vão honrando a memoria do glorioso mestre.



Fragmentos de Hygiene

As Egrejas

Ja vai longe o tempo em que se attribuiam ao céo todos os males que assolavam a desgraçada familia humana e em que a elle se devolia o mistér de nos defender a saude ameaçada, esperando numa passividade inerte que as supplicas vallessem por quantas prevenções assisadas podessem empregar os mais precavidos.

Os progressos scientificos vieram reformando essas credices archaicas e a propria Egreja, por uma legião de homens eminentes, procurou orientar sua rota, emparelhando com a evolução das sociedades.

Não é pois mais vedado penetrar no Templo com o pensamento de criticar as praticas condemnaveis, por anachronismo ignorante ou por lamentavel fervor, que possam comprometter a saude.

De duas poderosas autoridades ecclesiasticas conseguiu até neste sentido, ser ouvida a Hygiene, e hoje, tentando o assumpto, faço-o sobre o patronato moral dos reverendos Arcebispos de Fano e Genova, dirigindo-me aos proceres da Egreja no Brasil.

Os templos acolhem habitualmente uma promiscua multidão em que dominam os soffredores e os infelizes que procuram no carinho da Fé compensar as agruras de uma vida trabalhosa e doente. Esses individuos de todas as condições sociaes conduzem nas suas vestes, na grande maioria afastadas da decencia hygienica desejavel e no proprio corpo, minado por diversissimas enfermidades, os germens de quantos temiveis flagelos contagiosos ha por ahi. Acotovellando-se no espaço reduzido das naves, disseminando por contactos impuros e actos condemnaveis, e até na bca fé de praticas religiosas a semente de seos males, temos, em pouco, o Templo convertido em fóco

polluto de infecções, podendo transmittir aos sãos que procuram um conforto moral, um motivo de penuria e miseria, por forças lastimaveis.

Em geral mal ventiladas, porque as poucas communicações com o exterior se fazem por portas interseptadas por cortinas pesadas ou por especies de paraventos de madeira, - a viciação do ar é ahí já um motivo de receio, tanto mais serio, quanto maior fôr o numero de feis: a concurrencia consumidora do oxygeno effectuar se-á pelos pulmões, de um lado, pelas dependencias do culto—cirios, lampadas, brandões, pyras, thuribulos—do outro. E a proporção que se exhaure dessa sorte o gaz vivificador, regeitam, a expiração pulmonar, os corpos em ignição, a exhalção cutanea—gaz carbonico, oxydo de carbono, fumo de varia composição, aminas e diaminas volateis, que de mais em mais empestam o ambiente.

Depois, a luz, esse outro elemento de saude e de força e ao mesmo tempo defeza contra os nossos invisiveis inimigos, é ainda ahí escassa: a que penetra pelas pequenas abertas, com o ar exterior e a que se cõa tenue pelos vitraes das rosacéas e claraboias não se avantajará sempre a artificial das lampadas e velarios sagrados e ainda somniadas, o Templo tem sempre a meia obscuridade lobrega, que se accentua á noite e nos officios funebres.

As multidões não têm nenhuma noção de aceio nesses logares, e, como se não bastassem os contactos impuros ou as visinhanças receiaveis, os escarros distribuem-se pelo chão, pelas frestas, pelos cantos, para, dessecados e suspensos pela agitação do ar, operada pela marcha e especialmente pelas vestes femininas, cujas saias são verdadeiras vassouras ou espannejadores de poieras, serem

respirados e vehicularem á arvore aerea os maiores damnos.

Quando se sabe que um escarro de tísico contem um dois milhões de bacillos tuberculosos e que alguns destes bastam, dadas condições de predisposição accidental ou effectiva para produzir a molestia, sente-se naturalmente um grande pavor, attentando no numero consideravel de escarros que recebe o chão das egrejas e portanto nas vastissimas probabilidades de contagio que ellas offerecem.

As praticas do culto não são eximes de reparos.

Os beijos ás reliquias, aos pés das imagens, ás pedras e paramentos dos altares infectam estes objectos; a syphilis, a tuberculose, a lepra, a diphtheria e sei lá quantas afflições mais, podem ser devolvidas por este meio, restituindo aos sãos o dom desgraçado dos contaminados.

Nos confessorios ajoelham-se os penitentes e, atravez da placa fenestrada por onde passam as palavras ao ouvido do sacerdote, passam tambem as gotticulas de saliva e de escarro, a poeira humida, na designação feliz de *Fluegge*, meio dos mais efficazes, senão o capital da transmissão da tuberculose; a reciproca pode ser verdadeira e o sacerdote tuberculoso transformar-se em um perigo para o fiel. Por contacto directo dos labios ou á distancia, pela projecção dessa poeira humida, esses confessorios podem ser nocivos aos outros penitentes que se substituirem aos primeiros, recebendo directamente ou pelas poeiras já dessecadas os germens depositos anteriormente. . . . e o desgraçado, si expurga a alma do peccado, recebe em troca para o corpo a enfermidade apavorante.

Nas pias de agua benta precipitam-se todos os germens momentaneamente suspensos do sólo com as

poeiras, e as mãos impuras que immergem para buscar-a cedem-lhe os tantos que conduzem, de tal geito, que as dosagens bacteriologicas demonstraram serem tão contaminadas que seu numero confina com o de certos poços infeccionados ou com as aguas de esgôto (*Giordani*).

As inoculações em animaes transmittiram a estes por vezes a tuberculose; até o microbio da diphtheria ahi achou guarida (*Prof. Vicenzi de Passari*).

Oportunamente publicaremos, meu illustre collega Dr. Gonçalo Moriz e eu, o resultado de estudos que empreendemos a respeito da agua benta de nossas egrejas com uma nota hygienica sobre as condições geraes destas

Considerem-se os usos religiosos da agua benta, que pobres crentes chegam até a ingerir e tem-se patentemente o immenso perigo que pode della advir.

Accusadas estas culpas, seria possivel pedir para ellas remedio á esclarecida providencia das autoridades ecclesiasticas, hoje que temos tantas luzes na direcção dos sagrados negocios?

O Arcebispo de Fano, Monsenhor Vincenzo Franceschini, deu já o exemplo, seguido de pouco pelo Arcebispo de Genova, adoptando para as egrejas de suas dioceses, um regulamento sanitario, inspirado pelo *Prof. Abba*, de Turim, que encerra preceitos vantajosissimos.

Não seria possivel attenderem-me tambem, nessa queixa justa, os nossos illustres Prelados sobretudo o nosso Primaz e o Senhor Arcebispo do Rio de Janeiro?

O que me falta em competencia sobra-me em convicção pelo conselho dos doutos, e *Abba, Vicenzi Giordani, Bonizzard, Montini, Guidotti, Rimlinger* e sei lá quantos mais, não me deixariam sem apoio no preconisar estes remedios:

1.º Abrir as portas, janellas, vidraças dos templos

ao grande ar e á grande luz, ao menos durante os officios religiosos e consideraveis affluencias de fieis.

2.^o Dispor nas portas de entrada raspadeiras metalicas para desembaraçar a sola dos calçados de suas mais grossas impurezas.

3.^o Substituir os reposteiros e anteparos de madeira das entradas por telas de arame, deixando penetrar ar e luz: nos nossos climas elles não tem a escusa que encontram nos paizes frios, onde a franca entrada do ar exterior poderia acarretar resfriamentos.

4.^o Semanalmente ou depois de todas as grandes reuniões de fieis aspergir o chão com soluções anti-septicas, podendo com vantagem recorrer a pratica das dioceses de Fano e Génova: espalhar profusamente pó de serra embebido em uma solução de 1 a 3 para 1000 de sublimado e varrer depois.

5.^o Distribuir pelos cantos, junto ás columnas e pilares e nas proximidades dos altares escarradores contendo soluções de sublimado ou outro agente microbicida, aceiados frequentemente.

Aos fieis pode ser com exito lembrado o não conspurcarem o solo sagrado, por cartazes affixados convenientemente, do feittio do seguinte que já se lê em algumas egrejas italianas:

*Respeita a casa do Senhor
Não escarreis no chão*

6.^o Lavar os bancos, cadeiras, balaustradas da nave e dos côros com esponjas embebidas em solução de bichloreto de mercurio a 1:1000.

7.^o Lavar os confessionarios: semelhantemente as partes de madeira, e com sabão ou lexivia de potassa, areiando convenientemente, as partes metalicas.

8.º Retirar semanalmente a agua benta das pias e antes de prover a substituição lavar o interior com lexivia de potassa, si metalico, ou com solução de sublimado, si de pedra; protegê-las por coberturas metalicas, ao menos durante o aceio habitual do templo, para que as poeiras não se precipitem no interior. E' o melhor meio de corrigir o estado actual, si não se preferirem as pias de Burns ou de Delpiaz, que satisfazem completamente á hygiene.

9.º Impedir os beijos ás reliquias, imagens, paramentos: é uma condição de aceio reciproco.

10. Velar pela execução das prescripções admittidas, para seu devido exito.

Estas palavras não devem e nem podem susceptibilisar ao espirito religioso, muito ao em vez, o seu alto sentimento humanitario tem algo de sagrado: a casa do Senhor, o aprisco dos corações devotos deve ser puro na contingencia physica, quanto no alcance moral. E aquelles que buscam a paz do Senhor no Templo não devem conduzir para o lar o com que empestar o corpo.

Afranio Peixoto.

Bibliographia

Traité des affections véneriennes par le professeur *Edmond Lesser*. Deuxième édition française, traduite sur la 9^e édition allemande par le Dr. Adrien Bayet. — A Manceaux librairi éditeur 1901 (10 francos).

O livro do sabio professor *Edmond Lesser*, director da clinica syphiligraphica do hospital da Caridade de Berlim tornou-se classico na Allemanha ha alguns annos e a prova é que em pouco tempo attingiu a nona edição.

A segunda edição franceza feita sobre aquella, consagra os progressos feitos em venereologia no corrêr dos ultimos annos.

O livro é antes de tudo practico: sem minucias eruditas. Para o estudante será sua leitura uma repetição dos factos vistos no hospital; para o clinico uma revista actual dos ultimos progressos effectuados. Photogravuras e gravuras augmentam o valor practico do livro.

Lá encontramos expostos com extrema clareza a biologia do gonococco suas reacções no organismo humano, a acção a distancia das toxinas que elle secreta, o cancro molle e suas complicações a syphilis em todas as suas multiplas determinações e seus variados modos de tratamento.

O traductor o Sr. Dr. Adrien Bayet, chefe do serviço de dermatologia e de syphiligraphia do hospital S. Pedro de Bruxellas, pela excellente traducção feita é digno de sinceras felicitações ao mesmo tempo que fez jus aos agradecimentos dos que não conhecendo o idioma allemão, tem ao alcance de sua leitura o bom livro escripto pelo sabio professor Lesser.

J. M.

Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz.—*A vaccinação anti-pestosa.* Trabalho do Instituto Sorotherapico do Rio de Janeiro (Manguinhos). Publicação do «Brasil Medico» Rio, 1902.

Não ha muito, daqui, sobre uma contribuição ao estudo dos culicidios do Rio, tecemos o justo encomio ao notavel scientista que agora ainda nos preoccupa: sua nova publicação move estas linhas, mais exalçadoras ainda, tal o merito do trabalho realisado. Depois de uma menção

rápida das vaccinas existentes contra a peste, modificações todas do primitivo processo de *Haffkine*, o A. revista successivamente o ensaio primario do sabio inglez, o de *Lustig e Galeotti*, o de *Terni e Bandi*, o de *Calmette* e finalmente o da Commissão alleman enviada a India e composta de *Gaffy, Pfeiffer, Sticker e Dieu-donné*, apresentando-lhes os defeitos e razoando os motivos de predilecção que conferio ao dos ultimos. «A Commissão alleman indicou sua modificação em largos traços, mas, não tendo tido oportunidade de preparar a vaccina em grosso, não codificou o technismo. Foi esse o trabalho que o *Instituto* (de Mauguinhos) procurou completar. . . » Foi esse o grande merecimento do *Dr. Gonçalves Cruz*, porque, alem de Director tecnico, é a alma desse magnifico estabelecimento, e aquillo que modestamente confere a seu instituto, cabe-lhe individualmente de inteira justiça. Em seguida descreve com excellente exposição a preparação da semente de virulencia constante, obtenção das culturas, preparo e esterilisação da emulsão vaccinante, sua dosagem, distribuição e acondicionamento; de permeio notas ponderadas vão escriptas sobre a esterilisação das culturas, verificações da esterilidade da vaccina, determinação do pezo medio de uma cultura em tubo de agar, conservação da vaccina, aparelho distribuidor (gravuras annexas elucidativas). Esta parte conclue-se com as instrucções para o emprego da vaccina anti-pestosa e a technica da vaccinação.

Em uma outra parte, com clareza admiravel, a merecer gabos, considera o A. as diatribes e louvaminhas que tem merecido a vaccinação anti-pestosa, apurando o senso medio e estabelecendo suas indicações e contra indicações, capitulo excellente onde se poderiam esclarecer os levianos que tanto fallam do que pouco entendem.

O espaço restricto de que dispomos permite-nos apenas transcrever as conclusões do luminoso trabalho:

«1.º—A vaccina anti-pestosa é um recurso de grande valor prophylactico e que repousa em solidas bases scientificas.»

«2.º—De todos os processos de preparo da vaccina anti-pestosa, o que reúne maior numero de condições favoraveis é o aconselhado pela Commissão alleman.»

«3.º—Em epochas epidemicas a inoculação exclusiva da vaccina, sem o sôro, não é destituída de perigo, porque pôde favorecer a erupção da peste.»

«4.º—Em quadras epidemicas deve-se proceder á soro-vaccinação, que tem todas as vantagens da vaccina, sem os seus inconvenientes.»

«5.º—A vacinação anti-pestosa só deve ser feita após cuidadoso exame medico do paciente. As doses de vaccina devem ser estipuladas de accordo com o estado de integridade physiologica dos apparatus organicos do vaccinado.»

«6.º—Não é impossivel que a vacinação anti-pestosa possa ser seguida de accidentes, mais ou menos graves, em individuos que apresentem lesões dos órgãos destinados a eliminação das toxinas.»

«7.º—Uma immunisação segura só pode ser obtida após inoculações repetidas de doses progressivamente crescentes de vaccina.»

Seguem-se documentos experimentaes de grande valor e sobre os quaes se apoiam varias assèverações da memoria e uma erudita bibliographia. O trabalho do *Dr. Gonçalves Cruz* honra-o e honra sobremodo á sciencia nacional. A *Gazeta Medica* da Bahia envia o seu melhor parabem ao sabio confrade.

A. P.

Medicina Practica

Um novo especifico da malaria

(PROFESSOR ARMAND GAUTIER)

Se existia em therapeutica alguma entidade curativa que não encontrára o seu dyscolo, era a quinina necessariamente. Não só estavamos todos certos de sua efficacia, vezes sem conta comprovada, como especifico da malaria, mas ainda a julgavamos, nesse terreno, unica, não levando em seria consideração uns fracos succedaneos que lhe tem apparecido. Os preconicios do arsenico já por *Friccius* e depois de *Fowler*, *Fodéré*, *Lordat*, *Boudin* e *Sistach* não tiveram grande repercussão, porque a medicação era perigosa por sua toxidez, insufficiente por sua dosagem, e incerta por seus effeitos: ficou doutrina firmada em therapeutica que o arsenico jamais se poderia irrogar ás pretensões de rival da quinina. A introdução dos cacodylatos em therapeutica, em 1898, pelos trabalhos do Prof. *Armand Gautier*, devia chamar novamente a attenção para o arsenico, agora encerrado numa formula chimica quasi em estado latente, inoffensivo, assimilavel. Alguns ensaios se deram e o proprio *Gautier*, *Billet*, *Simonesco* após o emprego dos novos agentes reputaram-nos reparadores na cachexia consecutiva á malaria. Como especifico da febre palustre em si, nenhuma tentativa foi feita, até hoje em que o Prof. *Gautier* lança a publicidade uma nota de seus interessantes trabalhos.

Não constante em ter achado os cacodylatos, procurou entre as composições organicas similares do arsenico vantagens semelhantes e proveitos maiores e disso resultou a escolha de um novo sal, o mais simples dos methyl-arsenatos (familia dos cacodylatos) que elle chamou por nomes diversos *novo cacodylato*, *sal arsenical B*.

arrhenal ou scientificamente *methyl-arsenato disodico*, correspondendo a notação $As C H^3 O^3 Na^2$. É inoffensivo para os animaes e para o homem: injectou-se sem prejuizo 1 gr., de uma vez, por via hypodermica, a um cão de 20 kilogrs. Seis rãtos brancos só morreram ingerindo-o depois de absorverem 56 grammas por kilo do seu pezo.

As experiencias realisadas na Argelia, em Constantina, pelo Dr. *Billet*, incumbido disso pelo Professor *Gautier*, deram o melhor resultado. Nove doentes foram primeiro ensaiados; eram todos refractarios a accção dos saes de quinina em alta dose, escolhidos por isso de preferencia: pois bem, curaram-se rapidamente, tendo dois apenas una ligeira recabida, cedendo a molestia a doses mais fortes do medicamento. Bem que o *arrhe al* ou *sal de Gautier* possa ser dado pela bocca sem nenhum inconveniente, preferiu-se, attenta a gravidade das affecções palustres da Africa, usar hypodermicamente, na dose de 5 a 10 centigrammas, que pode ser consideravelmente augmentada, se necessario. A absorpção dos medicamentos é prompta, a applicação indolora, e aos mencionados doentes foi apenas preciso dar uma, duas e raramente mais de tres injeccões. Observações hematologicas foram feitas e dellas concluiu o Dr. *Billet* que sob a influencia do *arrhenal* os globulos mononucleares e particularmente os grandes mononucleares, phagocytos especiaes dos hematozoarios do paludismo, augmentam rapidamente no sangue: podem exceder 68 0/0 com 28 0/0 e mais de grandes mononucleares, phenomeno que se realisa identicamente com a quinina. A percentagem da hemoglobina é sensivelmente augmentada.

Esta primeira e animadora nota precede outras promettidas sobre o magno problema. Ao eminente mestres o Professor *Gautier* solicitamos o envio de uma porção

de seo precioso sal para experiencias em nosso meio. Fica despertada por estas linhas a attenção de nossos collegas para o novo agente therapeutico.

=

Medicação cacodylica

(N. A. SHOURIGHIN)

Prescreva-se para uso interno.

Acido cacodylico.	1,00 grammas
Bicarbonato de sodio.	4,00 grammas
Agua distillada.	150,00 grammas

Uma colher das de sôpa, duas vezes ao dia.

Para injecções hypodermicas:

Cacodylato de sodio.	1,00 grammas
Agua esterillisada.	10,00 grammas

Uma meia seringa de Pravaz, até uma e duas seringas.

O acido cacodylico e os seus derivados os cacodylatos não são especificos de molestia alguma: sua acção immediata se exerce sobretudo sobre a hematopoiese e o augmento de tonus de todos os tecidos e de todos os orgams.

Como consequencia um augmento de appetite, da nutrição geral do organismo e portanto melhora do estado do geral doente. O pezo augmenta progressivamente.

O acido cacodylico não parece ter acção directa sobre a temperatura normal ou febril, todavia sua influencia faz as vezes baixar a febre progressivamente, sendo menos accentuadas as oscillações.

O pulso torna-se cheio, as contracções e os tons do coração mais energicos.

A tosse e os suores nocturnos dos tísicos diminuem, a expectoração torna-se menos abundante e mais mucosa.

A diarrheá, qualquer que seja a causa, diminue, as fezes tornam-se mais compactas, cessando as vezes inteiramente o estado diarrheico.

Eliminando-se principalmente pelos rins não se observou até agora albuminuria com seo emprego, contudo é util indagar do exame de urina antes da indicação cacodylica.

Nos casos em que ha odor alliaceo do halito devido a medicação, ou mesmo dores epigastricas, reluctancia ao seo uzo, recorre-se ao meio hypodermico. As injeções sub-cutaneas *parecem agir menos energicamente*, mas devem encontrar emprego obrigado nos casos de nauseas, vomitos em consequencia de anemia cerebral, ulcera do estomago, gastro enterite, crises dolorosas, epigastricas, etc.

(Rocaz)

As doses, administraveis ás creanças, do cacodylato de sodio são as seguintes: por 24 horas—10 a 15 annos, 0 gr. 0 3 a 0. 0 gr. 04—6 a 10 annos, 0 gr. 02 a 0 gr. 0 3 de 3 a 4 annos 0, gr. 0 1; as mais novas ainda fracções de centigramma.

Formulario

- Capsulas nevrosthénicas
 - Cacodylato de sodio. 0,05 centigr.
 - Glycerophosphato de calcio 0,50 centigr.
 - Quassina amorpha; 0,01 centigr.
- para 1 capsula; n. x x x; 1 a 2 ao dia.

O mercurio medicamento trophico

(CAPITAN)

Discute-se frequentemente a acção trophica dos saes de mercurio. De um modo geral é ordinariamente admitido que os mercuriaes em pequena dose podem ter uma acção tónica e estimulante. Não é raro effectivamente

observar nos syphiliticos submettidos ao tratamento mercurial em doses pouco elevadas uma acção realmente tónica, comparavel algumas vezes á dos saes de ferro.

Nestes casos, bem que pouco elevadas, as doses eram as que se prescrevem habitualmente contra a syphilis, correspondendo a cerca de 1 centigr. de sublimado por dia no minimo; ora experiencias recentes mostraram ao Dr. A. Stengel professor de clinica medica da Universidade de Pensylvania, U. S., que o bi-chlorureto de mercurio administrado muito tempo na dose quotidiana de 609 decimilligrammas, dá excellent resultado nas anemias secundarias de qualquer origem. O sublimado parece agir, não como antiseptico, mas como estimulante da regeneração sanguinea.

O Professor Stengel utilisou notavelmente esta propriedade tónica do bichlorureto em numerosos casos de rheumatismo polyarticular sub-agudo com manifestações locais pouco pronunciadas e exigindo um levantamento das forças do doente. Sabe-se que o salicylato de sodio, bem que específico do rheumatismo articular agudo, é inefficaz muitas vezes e debilita consideravelmente, se é preciso uma medicação prolongada. Seria a occasião de intervir o bichlorureto.

A pratica tem já demonstrado que os casos de tuberculose pulmonar de forma secca e fibrosa cujo diagnostico com a syphilis pulmonar adquirida ou hereditaria é por vezes difficil, em que dubitativo, o clinico recorre aos mercuriaes, obtêm melhoras accentuadas. Se syphilitica a lesão nada de admirar, mas se a tuberculose é revelada pelo b. de Koch, força será invocar a acção antiseptica senão a tónica e estimulante. Outro dado curioso que resulta da pratica do Prof. Stengel é a minima quantidade prescripta, oscillando entre 1/2 e 1 milligramma

aliás as experiencias com o ferro e o cobre são coherentes confirmando o prestigio das doses reduzidas de saes metallicos.

A imprensa medica nacional

A redacção da *Gazeta Medica* da Bahia sente intima satisfação em felicitar em seu primeiro numero do corrente anno, as varias revistas medicas do Paiz.

Brazil Medico: Encetou o seu 16.º anno de existencia o sympathico paladino dos interesses da classe medica. Em o anno que findou, o *Brazil Medico* continuou na rota traçada pelo seu illustre fundador á cuja excellente orientação deve o ter atravessado brilhantemente tres lustros de existencia util, grangeando em nosso meio scientifico o prestigio que hoje o cerca.

Ao decano da imprensa medica do Rio de Janeiro a velha *Gazeta Medica* da Bahia, almeja crescente prosperidade.

Revista da Sociedade de medicina e cirurgia do Rio de Janeiro. Com o numero de Janeiro completou seis annos o organ da associação scientifica fluminense.

Esperamos que a intelligente direcção que lhe tem impresso o Sr. Dr. Cardoso Fonte e a tenacidade do Sr. Dr. Campello continuarão a impulsionar a Sociedade de Medicina e Cirurgia e sua Revista.

Revista Medica de S. Paulo. Completou de modo brilhante seu quarto anno de utilissima existencia a excelente *Revista Medica* de S. Paulo. Tornou-se quinzenal nem por isso diminuiu o valor do material publicado.

Trabalhos originaes, revistas, transcrições, tudo é alli interessante.

Melhorando dia a dia, sem desfallecimentos, o primitivo programma, o bem orientado periodico tem prestado valiosos serviços a nossas letras medicas.

Com os seus directores, Drs. Victor Godinho e Arthur Mendonça nós nos congratulamos muito sinceramente pelos loiros que vão colhendo de sua bem orientada tenacidade.

Fazemos votos para que os nossos collegas continuem a auxiliar a *Revista Medica* de S. Paulo a manter-se sempre á altura daquella bella capital onde tão bem tem medrado todas as idéas scientificas relativas á hygiene e assistencia publica.

Revista de Medicina. Recebemos o 1º numero desta nova revista medica que começou a ser publicada no Rio de Janeiro sob a direcção do Dr. João Paulo de Carvalho. Seus redactores são os Drs. Gomes Netto, Alvaro Paulino e Fernando Magalhães e collaboradores effectivos os Drs. Nunó de Andrade, Rocha Faria, Souza Lopes, Barata Ribeiro, José de Mendonça, H. Monat, Rodrigues Lima, e Ph. O. Rangel.

De seu programma infere-se quão nobres são os seus intuitos.

Os nomes que ha pouco transcrevemos levam-nos a confiar no cumprimento exacto do alevantado programma. Por isso a *Gazeta Medica da Bahia* augura ao novo collega um futuro prospero e brilhante.

Gazeta Medica do Paraná. Recebemos os tres primeiros numeros deste novo periodico.

«A parte as questões scientificas que de preferencia, serão trazidas á publicidade, aqui estaremos para a defesa de todos os interesses moraes e materiaes da classe, pugnando pela sua perfeita cohesão de idéias». Nessas palavras está resumido o programma da nova revista que está confiada á intelligente direcção dos Drs. Victor do Amaral, Evangelista Espindola e Reinado Machado.

A estas varias revistas que nos tem alegrado com a sua visita, agradecemos penhorados e pedimos que continuem a honrar nossa meza de trabalho com os seus numeros subsequentes.

A velha *Gazeta Medica* da Bahia, o decano da imprensa medica brazileira, continua a se interessar pelo progresso real da sciencia e por isso aproveita a oportunidade para sollicitar dos illustres confrades supracitados uns artigos de propaganda em favor da fundação em todos os hospitaes do paiz de laboratorios clinicos dos quaes sairá por certo, volvidos os annos, a verdadeira nosographia nacional. E para que não fiquemos apenas na installação dos laboratorios, pugnemos tambem e muito tenazmente para que nos estabelecimentos de ensino medico do paiz funccionem correcta e utilmente todas as officinas de ensino, onde o pessoal docente labore quolidianamente, incutindo no espirito da juventude que surge, a convicção de que necessita emergir das fileiras do apprendizado possuindo as melhores condicções de sufficiencia pratica, de adextramento technico.

J. M.

No primeiro periodo da *bronchite*, quando a tosse seca e impertinente se tornar torturante, para facilitar a expectoração, isto é, a passagem da bronchite ao 2.º periodo, Edgeworth não conhece remedio superior á cafeina associada aos alcalinos. Todas as 3 ou 4 horas dá uma dóse de 1.20 a 1.80 de citrato ou acetato de potassa e á noute ao deitar 0.30 de cafeina. D'este modo consegue rapidamente vencer o espasmo dos musculos bronchicos, causa da retenção dos escarros e alliviar o doente.

