

Gazeta Médica da Bahia

Publicação Mensal

VOL. XXXIV

MARÇO 1903

NUMERO 9

O soro anti-ophídico no tratamento da febre amarella

Ha algum tempo que no espirito de certos scien-
tistas pairava uma interrogativa, diante da manifesta se-
melhança symptomatologica do envenenamento ophidico
com a febre amarella.

No intuito de desvendar-lhe o amago, homens de
sciencia como Bally (1815) Neidhardt, Littré (1858) e
Victor Godinho (1897) chamaram a attenção dos es-
tudiosos para o phenomeno singular, ao passo que outros,
mais ousados e resolutos, encararam de frente o pro-
blema clinico, em sua feição therapeutica e lançaram
mão na lucha com o typho americano do *pó da vi-
bora* ou *bézoard*, como o Dr. Pouxé Desportes em 1870;
do *veneno ophidico* como os Drs. Guilherme Lambert
de Humboldt e Nicoláu Mazzini em 1855; e presentes-
mente, em nosso paiz, do *soro anti-ophidico*, cabendo
a gloria dessa primeira tentativa ao illustre Dr. Beiten-
court Rodrigues, clinico no Estado de S. Paulo, de
parceria com o Dr. Victor Godinho (1903).

Ao espirito culto do illustrado collega Dr. Vital
Brasil, director do *Instituto de Buantan* (S. Paulo), a
quem se deve o preparo do soro anti-ophidico empregado
(anti-bothropico e anti-crotalico), não passou de certo
despercebida a possibilidade da therapeutica da febre

amarella pelo soro, como claramente se deduz do trecho de seu trabalho, citado pelo Dr. Bettencourt e que trasladamos para estas linhas:

«Parece nos, pois, certo que as injecções de toxina amarillica, em doses vaccinantes, conferem aos animaes resistencia em relação ao veneno ophidico. *Não sabemos ainda si a reciproca é verdadeira, isto é, si os animaes vaccinados contra o veneno ophidico resistem a doses mortaes de toxina amarillica.*»

Da phrase por nós gribhada transparece evidentemente que já começara o Dr. Vital Brazil de entregar-se á tarefa *ainda não vencida* de determinar *si resistiriam a doses mortaes de veneno amarillico os animaes vaccinados contra o veneno ophidico.*

Si é verdade que foi o Dr. Bettencourt quem primeiro tentou no homem a applicação de soro-anti-ophidico, em um caso de febre amarella, ninguem contestará que seria mais seguro e menos empirico o methodo seguido por aquelle collega, procurando obter dados seguros com a experimentação animal, podendo d'ahi deduzir com mais probabilidade de exito e menor possibilidade de perigo para a vida do enfermo a applicação therapeutica do soro anti-ophidico no homem affectado de febre amarella.

Parece-me, pois, caber ao Dr. Vital Brazil papel preeminente neste assumpto por isso que, como o primeiro grupo de scientistas acima citados, estudou a função a questão da symptomatologia do envenenamento ophidico em suas analogias com a da febre amarella mas, não ficando no terreno puramente theorico, desceu á experimentação animal, onde buscava a base segura para alicerçar a *sero-therapia do typho americano*, ao tempo em que se deparou ao Dr. Bettencourt o momento azado

de antecipar-se a seu collega de *Butantan*, em cujos estudos e experiencias mais se fortificou sua idea humanitaria, chegando até a admirar-se de não ter sido Vital Brasil o primeiro a tentar a cura da terrivel molestia por meio do soro anti ophidico, que prepara e com que ainda tentava experiencias *in anima vili*.

«O que me espanta, escreve o Dr. Bettencourt, é que este meu distincto collega não tivesse derivado para o terreno da therapeutica as conclusões que eu me apresso a formular e que não são mais do que o corollario logico das suas proprias affirmativas. Teve em suas mãos o facho e deixou que outro lh'o tomasse.»

Depois d'estas considerações façamos um resumo do caso observado pelo Dr. Bettencourt Rodrigues e publicado em seu trabalho — *Tratamento da febre amarella pelas injeções de soro anti-ophidico*.

Chamado para prestar soccorros profissionaes a um doente de febre amarella indubitavel, com esputos sanguinolentos, *pigarro* e sensação de constricção dolorosa na garganta, a attenção do Dr. Bettencourt Rodrigues foi despertada por esta manifestação de *pharyngismo* frequente no envenenamento ophidico, «sensação de estrangulamento, de constricção, e de dysphagia (Hering)», «secura de garganta, conricção espasmodica, tosse por irritação, segundo HeringRussel», conricção espasmodica (*Manzini*), *phenomeno* que já fôra anteriormente observado em doentes de febre amarella pelos Drs. Espinheira e V. Godinho no *Hospital de Isolamento de S. Paulo*.

Surgio-lhe então no espirito a idéa de empregar na febre amarella o tratamento abortivo da mordedura da cobra e assim procedeu, vivamente animado pelo Dr. Valladão e auxiliado pelo Dr. Victor Godinho, sendo

feita uma injeção hypodermica (1) de 20 grammas de sôro, no momento em que o doente se encontrava com 39°,8 e 80 pulsações, tendo hemorragias e diurése escassa (250 c. c. em doze horas), às 3 horas da tarde do dia 25 de Março.

Nova injeção de 20 grammas de sôro às 7 horas da noite, seguidas de dejeções abundantes e quasi cessação das hemorragias, augmento da diurése (1 litro em 20 horas) e descongestionamento dos tegumentos.

Tercera injeção foi praticada no dia immediato, «mas declara-se por fim a anuria e o doente veio a succumbir ao meio dia de 27.»

Mão grado o desfecho fatal do caso e apesar de tardias as injeções (no 4.º dia), observou o Dr. Bettencourt «augmento notavel da diurése, cessação brusca das hemorragias e descongestão dos tegumentos» e concluiu logicamente pela possibilidade da efficácia do tratamento da febre amarella pelo sôro anti-ophidico applicado desde o inicio do morbo «o que experiencias ultteriores virão confirmar ou negar.»

Uma vez firmada a posologia exacta do sôro anti-ophidico nos casos de febre amarella, cumpre ao Dr. Bettencourt e á classe medica em geral, sempre que se deparar ensejo, tentar o novo tratamento, que parece fadado a preencher uma grande lacuna na therapeutica clinica.

(1) « As injeções poderão ser hypodermicas ou endovenosas, segundo a gravidade dos casos, e. como no envenenamento ophidico, de 20 a 60 grammas, talvez; mas a sua posologia exata é o que nos cumpre determinar »

Dr. BETTENCOURT RODRIGUES — Tratamento da febre amarella pelo sôro anti-ophidico.

Applaudimos francamente as tentativas do Dr. Bellencourt, cujos raciocínios são bem deduzidos diante das experimentações do Dr. Vital Brazil e também perante o resultado das inoculações preventivas do Dr. G. Humboldt, a que já nos referimos, realizadas em Vera-Cruz, Nova-Orleans e Cuba em 4.301 pessoas, das quaes 1.438 na primeira cidade, 386 na segunda e 2.477 no *Hospital militar de Havana* (1855).

A respeito das inoculações feitas em Havana pelos Drs. G. Humboldt e Nicoláu Manzini, publicou este em 1858 um estudo curioso, em que vêm narradas todas as occurrencias havidas então, bem como a historia particular de cada symptoma observado, após a inoculação de «*uma substancia cujo principio activo era o veneno de um ophidio, a qual, inoculada como a vaccina nos estrangeiros, preservava-os da febre amarella, mesmo nas localidades em que a molestia fosse endemica.*»

O trabalho citado tem por titulo *Historia da inoculação preservativa da febre amarella*, praticada por ordem do Governo Hespanhol no hospital militar de Havana e as conclusões do A. podem ser assim synthetizadas:

I. A mortalidade dos individuos inoculados, atacados pela febre amarella, foi menor do que a dos não inoculados na proporção de 3, 26 sobre 15; enquanto a proporção da mortalidade dos inoculados foi de 67,1 por 1,000 a dos não inoculados subiu a 85,82 0/00; dos individuos inoculados, em numero de 2.477, quasi todos no primeiro anno sua permanencia em Havana (2.212), foram prostrados pela febre amarella 228, fallecendo 47 segundo a estatistica de G. Humboldt e

Manzini e 67 segundo os dados officiaes fornecidos pelo relatorio do Dr. Bastarreche, chefe do corpo de saúde militar da ilha de Cuba, manifestamente infenso ao processo do Dr. G. Humboldt, tão bem acceito e defendido pelo Dr. Manzini; entretanto, si de um lado sustenta Bastarreche o «*nenhum resultado vantajoso* da inoculação preservativa de Humboldt» affirma de outra parte a innocuidade de sua applicação, pois que «*nenhum accidente fatal foi observado*» nos 2,477 individuos inoculados.

II. De 206 inoculações feitas na população civil apenas 31 pessoas tiveram manifestações febris, fallecendo somente 6, isto é, uma mortalidade de 2,90 0/0; comparando essa mortalidade com a de 20,3 0/0 reconhecida em 113 estrangeiros não inoculados, «*podem ser dispensados os commentarios*».

III. A inoculação deu bom resultado e pode dar muito mais do que o obtido, pois «*é facto que ao lado do inventor se apresentam immediatamente mil espiritos livres e sympathicos ás suas idéas, que coparticipam de suas esperanças e lisongeião-se de bem comprehender sua obra, senão de aperfeiçoal-a e de completal-a.*» Demais, continúa Manzini, a não acreditar que o resultado obtido seja devido á inoculação, então deve-se attribuil-o ao meu methodo particular de tratar as febres desta região» (Cuba).

Este methodo de tractamento das febres nos paizes quentes é verdadeiramente original e por isso aqui vae synthetisado;

«1º Após uma grande sangria do pé, continuada até o relaxamento dos sphyncteres, deixar ao doente meia hora de repouso, administrando-lhe d'ahi em diante, de mistura com café acidulado com limão, de *quatro a oito*

grammas de sulfato de quinina misturados com egual porção de *calomelanos* (?) dividida a mistura em 3 papeis (1 de hora em hora); 2º Após novo repouso de 3 horas, administrar 60 centigrammas ou mesmo um gramma e 20 centigrammas de sulfato de quinina, de 2 em 2 horas, sempre com café acidulado e *continua*, deste modo «até que se torne necessario afastar as doses ou suspendel-as», etc.

IV. Logo após a inoculação *G. Humboldt* prescrevia aos individuos inoculados a seguinte formula, usada ás colheres de sôpa de 2 em 2 horas no 1.º dia, de 4 em 4 horas no dia immediato e somente pela manhã e á noite, 3.º dia:

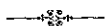
Xarope de <i>mikania guaco</i>	187 grs.
Xarope de rhuibarbor.....	125 grs.
Iodureto de potassio.....	4 grs.
Gumma gulla.....	12 grs.

V. Do estudo symptomatologico dos effeitos da inoculação pode-se concluir que houve sempre *modificações circulatorias* (predominio da *bradycardia*), *cephalalgia*, *modificações gengivales* (tumefacção, dor, orla vermelha, hemorrhagia espontanea ou á pressão) e *colicas*, sendo menos constantes a *dor na maxilla inferior*, o abatimento geral, a *somnolencia*, o gosto amargo, a *constricção da garganta*, o *catarrho*, a *ictericia*, a *rachiologia* a *tumefacção das glandulas salivares* e as *dôres musculo-articulares*.

Diante do exposto não parecerá a ninguem desca-
bido que se nutram esperanças de algo conseguir no ter-
reno da therapeutica de uma molestia, que tantas vidas

preciosas nos tem ceifado e tanto tem concorrido para desacreditar no estrangeiro a salubridade de nosso Brasil.

João A. G. Fróes.



A transmissão da febre amarella pelos mosquitos

Publicamos em seguida o relatório apresentado á Directoria do Serviço Sanitario do Estado de S. Paulo pela commissão medica encarregada de acompanhar as importantes experiencias realizadas por iniciativa da dita Directoria, com o fim de verificar a transmissibilidade da febre amarella mediante a picada de mosquitos (*Stegomyia fasciata*) infectados.

Ilmo. Sr. Dr. Emilio Ribas, M. D. Director da Hygiene
Publica do Estado de S. Paulo

A commissão por vós nomeada para acompanhar as experiencias instituidas no nosso Hospital de Isolamento sob a vossa iniciativa, com o fim de decidir com todo o rigor scientifico si, sim ou não, a febre amarella se transmite pela picada dos mosquitos pernalongos, vem, hoje, dar-vos conta da honrosa tarefa e declarar vos, com a maxima isenção de animo, que não podiam ser mais brilhantes nem mais fecundos, pelo seu alcance pratico, os serviços que por vosso intermedio o Estado de S. Paulo acaba de prestar á sciencia e á humanidade.

A commissão não pôde deixar, em primeiro lugar, de apontar a correcta hombridade com que procedestes, expondo com toda a lealdade, com toda a verdade, aos

arrojados individuos que se submettiam às experiencias, os grandes perigos, a que iam se expor. (*)

Não tentamos uma só experiencia, sem primeiro termos a expressa declaração por escripto de cada paciente que se prestava à demonstração experimental.

E não podemos deixar passar em silencio o edificante facto: fostes vós e o Dr. Lutz os primeiros a dar o exemplo, fazendo-se ambos picar, e picar bem, por varios mosquitos infeccionados pelo sangue de doentes de febre amarella.

PRIMEIRA OBSERVAÇÃO. — Domingos Pereira Vaz, paranaense, de 22 annos de idade, solteiro. Este corajoso moço foi picado no dia 12 de janeiro, meia hora depois do meio dia, por 4 pernilongos da especie *stegomyia fasciata*, os quaes todos haviam sido infeccionados picando um doente de febre amarella caracteristico e bastante grave, no dia 24 de dezembro em S. Simão.

(*) Declaração feita pelo Snr. Domingos Pereira Vaz, que primeiro prestou-se às experiencias, depois dos Drs. Ribas e Lutz, André Ramos, Jânuario Fiori e Oscar Marques Moreira fizeram identica declaração.

«Declaro que me sujeito espontaneamente a prestar-me à experiencia sobre a febre amarella, deixando-me picar por mosquitos que tenham sugado sangue de doentes dessa moléstia, não obstante os perigos a que me exponho e que depladadamente me foram descriptos pelo Snr. Dr. Director do Serviço Sanitario, inclusive o do sacrificio da vida, tendo o Snr. Dr. Director me referido o facto de haverem fallecido em Cuba diversos individuos que se sujeitaram a estas experiencias, pelo que firmemente vou sujeitar-me a essa prova experimental no interesse de contribuir para a solução de um problema que interessa grandemente a humanidade, especialmente ao Brazil e com o qual se preocupam actualmente os homens de sciencia.

S. Paulo 24 de Julho de 1902.

DOMINGOS PEREIRA VAZ»

Do dia 12 a 14 de Janeiro, observando regimen sobrio e debaixo de toda vigilancia passou elle sem a menor alteração na sua saúde.

Ao cahir da noite do dia 14. porem, sentia-se ligeiramente incommodado, com calafrios e vomitos. Vomitou 3 vezes até ás 10 horas da noite.

No dia 15 amanheceu ainda indisposto, levantando-se tarde, conservando a temperatura inferior a 37°; na tarde desse mesmo dia ás 4 e 45^m accentuou-se o mal-estar geral, sobrevindo-lhe dôres de cabeça, photophobia, horripilações, quebramento de membros, dôres generalizadas por todo o corpo, rachialgia forte. Nesse momento o thermometro accusou apenas 37°,2. Em seguida logo começou a temperatura a subir e com ella foram progressivamente se aggravando todos os symptomas: tornou-se patente a hyperhemia das conjunctivas, desenhou-se a caracteristica congestão cutanea da região thoraxica e clavicular e apresentou-se a extrema sensibilidade na região epigastrica.

O thermometro accusou ás 11 horas da noite 39°,4 estando o pulso a 118. O exame da urina não revelou a presença de albumina. Foi-lhe prescripta uma poção de magnesia fluida com tintura de noz vomica; e como a rachialgia por demais intensa não lhe permittisse um momento de repouso, foi-lhe applicada uma fricção com salicylato de methyla.

Dia 16. Dormiu algumas horas pelas madrugada. Ao despertar accusou sensivel allivio nas dores lombo-dorsaes, muito menos cephalalgia e melhores disposições de espirito. A's 9 horas da manhã a temperatura era de 38°, 8 e o pulso 112. Perduravam ainda, entretanto, bem salientes as hyperhemias conjunctival, thoraxica e o estado saburral da lingua era mais pronunciado do que nos pri-

meiros dias. A's 7 horas da tarde o thermometro accusava ainda 38,° 4, sendo o pulso 96. A partir do dia seguinte, 17, foram os symptomas desapparecendo sem interrupção, e, no dia 20 estava declarada a convalescença franca.

Foi este um caso typico da forma benigna da febre amarella. A ausencia da albumina nas urinas poderá parecer a alguns espiritos mais exigentes um serio motivo de duvida, quanto á exactidão do diagnostico. Para os que, porém, estão rompidos na pratica da observação de doentes de febre amarella, não pôde aqui subsistir a minima sombra de duvida. O *facies* do amarelento é um quadro *sui generis*, pathognomonic, que jamais se pode confundir com qualquer outro. O brilho especial das corneas, a suffusão conjunctival, o aspecto vultuoso da face acompanhando o cortejo habitual dos outros symptomas não o permitem ao clinico hesitação. E' quadro que uma vez visto nunca mais se apaga da memoria.

Na mesma occasião e no dia seguinte, 13 de Janeiro, ás 7 horas da manhan, soffreu tambem as picadas de 3 pernilongos da especie *stegomyia fasciata*, infeccionados em identicas condições dos que serviram para a experiencia precedente, Oscar Marques Moreira, de 28 annos de idade, natural do Rio de Janeiro, e residente em Santos desde o dia 2 de Dezembro de 1896.

Este moço não apresentou alteração alguma em seu estado de saude, devido provavelmente, a sua natural immuniidade, por ter sempre vivido em centros considerados focos de febre amarella. Entretanto, apesar do caso Vaz não ter deixado a minima duvida, quanto ao resultado da prova experimental, a commissão julgou de conveniencia o proseguimento das experiencias, dando isto

ensejo a observar mais dois importantes casos, que são objecto das observações seguintes:

SEGUNDA OBSERVAÇÃO. Januario Fiori, italiano, residente no Brasil ha 11 annos, solteiro, com 23 annos de idade. Este moço foi picado no dia 20 de Janeiro, ás 11 horas da manhã, por 4 mosquitos infectados em S. Simão; estes insectos que fizeram a viagem de ida e volta d'esta Capital a S. Rimão (730 kilometros por estrada de ferro) foram creados em S. Paulo, de larvas colhidas na cidade de Itú, e sugaram o sangue de um doente de febre amarella grave, no primeiro dia da molestia, confirmada e bem caracterisada, quando o thermometro accusava, de manhã 39,2 e á tarde 40°, com o pulso respectivamente 88 e 94. No dia 23 de Janeiro, do meio dia em diante, começou Januario Fiori a sentir-se indisposto. A's 7 horas da tarde ainda tomou o chá, porém, sem appetite. A's 7 e meia sentiu cephalalgia. Temperatura a 37,2. Em seguida logo, subindo a febre e augmentando-se o mal estar, foi-se deitar. Accusava então fortes calefrios, cephaléa supere-orbitaria e dôres nas pernas. A's 9 horas já era bem visivel a hyperhemia das conjunctivas, da face e do thorax. A's 10 horas a rachialgia e a cephalalgia attingiam ao apice. A's 11 horas, marcava o thermometro 39,6, pulso 120.

Dia 24. A' 1 hora da madrugada teve sub-deli-rio e ligeira transpiração. Mau halito, mau gosto na bocca; continuavam as fortes dores de cabeça, a rachialgia, peso nos olhos; grande sensibilidade na região epigast-rica. O exame da urina não revela ainda albumina. A temperatura de manhã era de 38°,2 e á tarde 39°.

Dia 25. Teve ancias de vomito pela manhã. As dores de cabeça e de pernas e a rachialgia mantiveram-

se sem alterações todo o dia. Thermometro pela manhan abaixo de 39,° ás 8 horas da noite 39,°6; pulso entre 80 e 104.

Dia 26. Continuam as dores de cabeça e pelo corpo e a anciedade precordial. Teve ligeira estomatorrhagia gengival pela manhan. O exame da urina revelou a presença de albumina. A temperatura ás 8 horas da manhan era 38°,2 e á tarde 39°;

Dia 27. Dormiu por intervallos. A' meia noite teve vomitos biliosos que se repetiram as 9 horas e meia da manhan. Experimentou algum allivio quanto ás dores de cabeça. Continuou a queixar-se do peso no estomago e teve repetidas ancias de vomito. A temperatura tende a baixar marcando o thermometro menos de 38°; o exame da urina continua a revelar albumina.

Dia 28. Passou regularmente a primeira parte da noite. A's 2 horas da madrugada teve ancias do vomito. Mais tarde, teve vomitos biliosos. Continúa a queixar-se das dôres e peso no estomago. Os reactivos continuam a revelar bem apreciavel precipitado albuminoso nas urinas. Durante toda o decurso da molestia é bem notavel a diminuição das urinas. A temperatura não excedeu de 38°.

Dia 29. Passou bem a noite. Desappareceram as dores. Ao meio dia, é assignalada uma ligeira ictericia das escleroticas. A temperatura conserva-se baixa, entre 36°,4 e 37°. Continua a presença da albumina nas urinas.

Dia 30. Passou bem a noite e de nada mais se queixa. Desponta o appetite.

Dia 31 de Janeiro, 1 e 2 de Fevereiro. Mantêm-se as melhoras; desapareceu a albumina; entra em firme convalescença; levanta-se o doente.

Este caso não admite hesitações de diagnostico. Nada absolutamente faltou para ser completo o quadro

morbido da febre amarella. Ficou definitivamente demonstrado e fóra de toda a possibilidade de contestação, que um pernilongo, - *stegomyia fasciata* pode conduzir a febre amarella a grandes distancias e transmittil-a do individuo doente ao individuo são. A experienciã feita aqui na Capital de S. Paulo remove para sempre todas as objecções. Não temos aqui o concurso tumultuario de agencias climatologicas ou mesologicas como as que se dão em muitas localidades flagelladas, para embarçar as conclusões. As bellas experiencias dos medicos americanos em Havana, não obstante o resultado final positivo da extineção dos mosquitos, não conseguiram fazer calar todas as controversias, só pelo facto de ser aquella populosa cidade um lugar em que reinava a febre amarella endemicamente, havia mais de um seculo. Objectava-se que os casos experimentaes ali observados não constituíam uma prova absoluta, porque os individuos podiam ter contrahido a infecção por um outro canal que não o dos mosquitos. Essa objecção em S. Paulo seria simplesmente um caso de improbidade scientifica.

Não existe aqui circumstancia alguma que possa baralhar os factores do problema e diminuir a força de um *verdictum* experimental concludente. O problema a ser resolvido achou-se aqui reduzido aos termos os mais simples que se possa desejar em uma experimentação em que o determinismo scientifico só tem a palavra. Todas as cautelas foram aqui tomadas para que os individuos que iam se sujeitar ás experiencias ficassem isolados e sob a immediata vigilancia de um pessoal solícito como é o do nosso Hospital de Isolamento. Todos se achavam em magnificas condições de saúde, quando se submeteram á prova experimental. O caso

de Januario Fiori só por si bastava para deixar a comissão inteiramente satisfeita e convencida. Para a sciencia tanto vale um caso unico, bem observado, como uma centena ou milheiro de casos analogos. Mas apesar disso tem mais a registrar a seguinte:

TERCEIRA OBSERVAÇÃO—André Ramos, pardo, brasileiro de 40 annos de idade, casado. Foi picado no mesmo dia que Fiori, 20 de Janeiro, a uma hora da tarde, por 6 mosquitos infeccionados em S. Simão, no mesmo doente que infeccionou os que serviram para a prova precedente, sendo 1 do primeiro dia de molestia, quando a temperatura era de 39^o,2, pulso 88, e 5 do 2.^o dia, quando a temperatura estava a 38^o,9 e o pulso a 88.

Do dia 20 a 23 passou bem. Ao anoitecer do dia 23, ás 8 horas da noite, sentiu calafrios e um pouco de dôr de cabeça. A's 10 horas a temperatura, que normalmente era de 36 subiu a 37,3.

Dia 24. De uma hora da manhã em diante sentio dôres nas pernas e estomago e rachialgia, bem como ardôr nos olhos. Notou se hyperhemia intensa das conjunctivas e do thorax. A temperatura foi gradativamente subindo até que ás 11 horas da manhã attingia a 40^o, decrescendo para a noite em que ás 10 horas era de 38,6, com o pulso respectivamente a 102 e a 86.

Dia 25. Passou mal a noite, accusando fortes dores de cabeça e de estomago e anciedade precordial. As 10 1/2 horas da noite teve muitas ancias de vomito. Transpirou abundantemente até 1/2 noite. Em seguida teve alguns intervallos de somno. Temperatura pela manhã 37 e a tarde 37,4.

Dia 26. Passou soffrivelmente o dia com pouca cephalalgia. Temperatura baixa.

Dia 27. Não accusa mais dores de especie alguma. Suou muito durante a noite. Temperatura baixa. N'este doente, o exame da urina nunca revelou a presença da albumina. Foi este um segundo caso da forma benigna da febre amarella. Convém, entretanto, accentuar um facto que resulta d'esta observação quanto ao periodo de incubação da molestia. Tendo sido picado, apenas com intervallo de duas horas, no mesmó dia, em que seu companheiro Fiori pelos mosquitos infeccionados, André veiu a sentir os primeiros symptomas da molestia quasi ao mesmo tempo que aquelle, o que tornou mais frizante a prova experimental.

De tudo quanto observou a commissão, conclue que a transmissibilidade da febre amarella pelos mosquitos é um facto positivo adquirido para a sciencia e que d'este facto resulta a necessidade da hygiene privada e publica deixar a defensiva para tornar-se energica-offensiva. A guerra de exterminio dirigida contra os pernilongos, especialmente contra *o stegomyia fasciata* deverá ser o objecto das nossas constantes preoccupações. Nenhuma agua estagnada *deverá ser consentida, quer dentro, quer nos suburbios immediatos de uma cidade.*

Praticamente é o quanto basta para extincção completa de uma molestia, que enche de pavor ao mundo inteiro e que, por sua pertinacia endemica no nosso paiz, nos tem causado prejuizos incalculaveis de todo o genero.

Attingindo o fim capital da hygiene pela supressão de toda e qualquer porção de agua estagnada torna-se ociosa a discussão do ponto de vista puramente theorico. Pouco importa, de facto, saber, si o mosquito que chupou o sengue de um amarelento já

vinha antes infeccionado pela agua em que nasceu e desenvolveu-se. Na opinião do primeiro dos signatarios d'este, sendo possiveis os dois modos de infecção, e que, para desovar, o mosquito procura infallivelmente a primeira agua estagnada que encontra e ahí morre, ahí abandonando seu cadaver infeccionado, é evidente o circulo vicioso e perigoso em que nos achamos.

De um golpe certo pode a hygiene romper esse circulo: supprimindo todos os viveiros de pernilongos.

Eis em resumo o que de maior urgencia pareceu á commissão dever communicar-vos.

Foi tão sómente para não avolumar demais este relatório que a commissão deixou de annexar-lhe os magníficos graphicos indicando a temperatura de cada doente, tomada de hora em hora, o estado do pulso, a quantidade de urina etc. etc., minudencias essas de grande valor diagnostico e que devemos ao zelo scientifico dos Drs. Candido Espinheira, Victor Godinho e Carlos Meyer, os dois primeiros respectivamente director e medico interno do hospital de Isolamento e o ultimo ajudante do Instituto Bacteriologico. A commissão, que se julga completamente satisfeita com os resultados das provas experimentaes, aliás têm certeza de que todos estes dados e documentos serão por vós aproveitados para, em conjuncto, serem publicados em volume especial.

S. Paulo, 20 de Fevereiro de 1903. — Drs. *Luiz Pereira Barreto, Adriano de Barros, A. G. Silva Rodrigues.*

Independencia anatomo-physiologica dos lobos hepaticos

(RESUMO DE UM ESTUDO DO DR. H. SEREGÉ (DE VICHY))

Desapparece no adulto a independencia reciproca dos lobos do figado embryonario?

Tal é o problema que o A. discute e resolve com pleno conhecimento de causa, applicando-o ao estudo da insufficiencia hepatica, em sua communicação ao VI congresso de Medicina de *Toulouse*, (Abril de 1902.)

A insufficiencia lobar ou parcial do figado, proclamada pela primeira vez em 1890 por GLÉNARD, é hoje acceita tambem por CRARRIN que assim se exprime: «Quando a insufficiencia do parenchyma hepatico procede de uma lesão do tubo digestivo ou de um processo que, primitivamente limitado a uma viscera abdominal, se estenden ao figado, o parenchyma deste organ, pelo menos no começo, pôde não ser comprometido em sua totalidade; em rigor o lobo esquerdo e o lobo direito podem achar-se isoladamente insufficientes.»

Mais convencido do que CRARRIN, accita o A. a independencia completa dos lobos jecoraes e julga indispensavel reconhecer a insufficiencia hepatica successivamente em cada uma dos lobos, apoiando seu modo de pensar em argumentos *anatomicos, physiologicos, anatomo-pathologicos e clinicos.*

Estudando em 1890 a independencia funcional do figado dos diabeticos e em 1885 demonstrando experimentalmente com SRAUD a independencia anatomica dos lobos hepaticos, por meio de injeccões aquosas nas veias deste organ, concluiu GLÉNARD que os departamentos

hepáticos irrigados pela *veia porta* têm independência relativa, cabendo a cada um dos ramos deste vaso um território próprio, exclusivo.

«Não é exacto afirmar com os classicos que os capillares de terminação de um dos ramos da *veia porta* communicam com os dos outros ramos, uma vez que o lobo esquerdo não pôde ser injectado pelo ramo vascular que se dirige para o lobo direito. Os diversos vasos de um mesmo lobo communicam entre si, mas tal communicação existe em cada lobo e não de um lobo para outro.»

Coube ao A. reproduzir, multiplicar, modificar e completar as experiencias de GLÉNARD e SIRAUD, tendo apresentado á *Sociedade de Anatomia e de Physiologia de Bordeaux* figados humanos, cujos territorios pertencentes a cada lobo estavam evidentemente limitados e bem distinctos, graças á utilização de injectões coradas de azul de methyleno.

A injectão corada na ramificação esquerda da *porta* vae ter ao lado esquerdo e ao quadrado, respeitando inteiramente o lobo direito e o de SPIEGEL; de modo que anatomicamente é o figado formado por 2 lobos inteiramente diferenciados, apesar de sua apparencia de uma massa unica.

Revolvendo os annaes da medicina encontrou o A. descripções de anomalias hepaticas, confirmativas de suas experiencias; assim uma autopsia do SOLLIER, em 1888, em que foi verificada a ausencia quasi completa do lobo esquerdo do figado e do quadrado, sendo encontrados intactos o lobo direito e o de SPIEGEL; assim as verificações de MORESTIN (1896) e de JAEQUEMÉT (1896) e igualmente as experiencias de EHRHARDT, observando a atrophia do lobo hepatico correspondente ao

ramo da *veia porta* ligada experimentalmente. (Congresso de Berlin, 1902.).

Ao A. pare e muito natural concluir do estudo dos vasos formadores do tronco *porta* que ao fígado esquerdo corresponde todo o território da veia esplenica e da pequena mesaraica e ao fígado direito o da grande mesaraica, e si não foi ainda encontrada no homem uma dupla veia porta, nada se contrapõe á possibilidade do phenomeno, uma vez que o facto é de facil verificação em alguns animaes como os peixes denominados *lucio* (brochet) e *arenque* (hareng].

Demais, não se dá a mistura dos sangues acarretados pela grande mesaraica de um lado e pela esplenica de outra parte.

E' o que o A. julga ter demonstrado, de collaboração com o Prof. JOLYET, havendo duas correntes sanguineas portas—orientada uma da grande mesaraica para o lobo hepatico direito, e a outra da esplenica para o lobo esquerdo. (1)

Existem dest'arte localisações lobares hepaticas, dependentes de territorios egualmente localisados do tubo digestivo. Ao grupo *gastro-espleno-hepatico*,

(1) Tal conclusão é baseada:

a) Na falta de homogeneidade do sangue da *porta*, verificado pela differença de densidade e do ponto cryoscopico do soro esplenico e mesaraico Prof. JOLYET,

b) Na constancia da localisação no territorio hepatico correspondente de embolias provocadas por injeções intravenosas em um territorio intestinal determinado;

c) Na prova anatomo pathologica; lesões desta ou daquella porção do tubo digestivo influindo ora sobre o lobo hepatico direito, ora sobre o esquerdo.

esquerdo, correspondem o estomago e o baço em relação especial com o figado esquerdo; o intestino, o pancreas e o figado direito constituem o agrupamento *entero-pancreatico-hepatico*, direito.

Considerando demonstradas as dependencias da digestão gastrica com o figado esquerdo e da digestão pancreatico-intestinal com o figado direito, conclue o A. pela independencia physiologica dos 2 grandes lobos hepaticos, diversamente influenciadas conforme a phase digestiva (estomacal ou intestinal), baseando-se, além disto, em estudos experimentaes, feitos de collaboração no laboratorio do Dr. JOLYET.

A função uréopoiética, por exemplo (avaliada pela dosagem da uréa no parenchyma hepatica de cães, em diversas phases digestivas), egual nos 2 lobos hepaticos estando o animal em jejum, augmenta no figado esquerdo 2 horas após a comida, ao passo que o augmento só se produz no outro lobo (o direito) ao cabo de 6 horas (digestão intestinal.)

Egual demonstração foi deduzida da dosagem do uréa urinaria, de hora em hora, uma vez estabelecidos anteriormente o equilibrio azotado do individuo em experiencia, a escolha da refeição azotada de equilibrio e a regularisação da quantidade de liquidos ingeridos, de modo a não se alterarem as condições de tensão vascular. Os schemas apresentados pelo A. mostram claramente que «a excreção da uréa começa desde 1 hora após a refeição e segue marcha ascendente lenta e regular até a 3. hora (acção isolada do figado esquerdo), subindo então rapidamente ao fastigio entre a 5. e a 6. hora (entrada em scena da uréogenia correspondente ao lobo hepatico direito).

Em abono de sua convicção vae buscar o A. novas

provas em verificações anatomo-pathologicas collidas na litteratura medica: assim os figados de alcoolatas observados por CHIENET (1875) e DUSSAUSSAY (1876) em que somente o lobo esquerdo se apresentava retractil com tractos conjunctivos manifestos na primeira observação e deformado, estrangulado, pediculado na segunda; os casos de BUTRUILLE em 1876 (só o figado esquerdo augmentado), de STRIEPOWITCH em 1879 (figado esquerdo augmentado, estomago alterado, baço hypertrophiado e *intestino delgado são*), de MOSKY em 1887 (figado esquerdo augmentado, estomago e extremidade inferior do esophago doentes), de RAMON em 1896, (lobo esquerdo *atrophiado* e duro, baço volumoso e lobo direito *augmentado* de volume), e muitas observações necropsicas de GLÉNARD acompanhadas de diagrammas de *hepato esplenomegalias*, em que é evidente a predominancia da hypertrophia no lobo hepatico esquerdo.

Do exposto conclue com inteira razão o Dr. H. SEREGÉ que «as localisações lobares hepaticas não são simples supposições, mas correspondem a dados scientificos precisos, sendo sua existencia necessaria á interpretação dos factos clinicos».

J, F.

Prophyiastia da peste bubonica. Exterminação dos ratos

Pelo Dr. A. PACIFICO PEREIRA

Inspector Geral de Hygiene do Estado da Bahia

Estando a cargo da União o Serviço Sanitario dos portos e competindo á Directoria Geral de Saude publica a direcção e execução d'este serviço, apresentei em ses-

são de 6 de Fevereiro d'este anno ao Conselho Geral Sanitario d'este Estado a seguinte proposta que foi unanimemente approvada:

Considerando que a bacteriologia demonstra que o rato é o mais activo vector do bacillo da peste, e que esta noção é hoje accelta por todos os hygienistas;

Considerando que a exterminação dos ratos suprime a via principal de propagação da molestia e constitue portanto uma medida prophylactica de grande alcance;

Considerando que desde o apparecimento da peste em Santos e no Rio de Janeiro, já tem ella invadido diversos Estados da Republica, tendo sido importada em quasi todos por via maritima;

Considerando que a destruição dos ratos a bordo dos navios suprime o agente principal de communicação da molestia por via maritima, e concorre assim efficaçamente para a defeza hygienica da Capital e dos Estados;

Considerando que nos Estados Unidos, na Inglaterra e na Alemanha se emprega actualmente com grande vantagem o processo de sulphuração dos navios para desinfeccção e extincção dos ratos;

Considerando que esta medida prophylactica é igualmente effcaz contra a importação da febre amarella e outras molestias pestilenciaes;

Considerando que o apparelho Clayton tem dado excellentes resultados em portos americanos e inglezes, para a desinfeccção dos navios e exterminação dos ratos e insectos, e suas vantagens têm sido confirmadas por notaveis hygienistas e bacteriologistas francezes;

Considerando que o processo tem ainda a vantagem de evitar aos navios as longas quaréntenas que causam

grave prejuizo ao commercio internacional, e sua execução nos portos do Brasil collocara estes ao abrigo da invasão terrivel e assustadora das molestias pestilenciaes;

O Conselho Geral Sanitario da Bahia pede ao Exm. Governador do Estado que sollicite do Governo Federal a execução desta medida prophylactica installando nos principaes portos do Brasil um serviço de desinfecção e extincção dos ratos pelo processo Clayton, para os navios que fazem o commercio de cabotagem entre os portos nacionaes, e todos os procedentes de portos suspeitos ou contaminados, e permitta a execução desta medida no porto da Bahia, por conta do Governo do Estado para todos os navios de taes procedencias que não tenham soffrido este expurgo no porto de sahida ou em qualquer outro de escala no Brasil.

Outrosim, o Conselho Geral Sanitario sollicita do Conselho e Intendencia a execução de medidas para a exterminação dos ratos nos caes, trapiches, armazens, depositos de generos e edificios publicos e particulares.

Era necessario justificar plenamente este proposito; e esta necessidade originava-se da opposição que naturalmente encontraria a medida prophylactica indicada, por parte da illustrada directoria geral de saude, que durante tres annos de permanencia da peste na capital e em diversos estados do Brasil nenhuma providencia tomara relativamente a exterminação dos ratos em terra, e a bordo dos navios. E ainda mais, o illustrado director geral da saude publica, em artigo que inseriu no *Jornal do Commercio* do Rio de Janeiro, de 24 de dezembro do anno findo, manifestava se em relação a esta medida, do seguinte modo:

«Entendem muitos, quando se fala da prophylaxia da peste, que o assumpto é completamente novo e nas-

ceu com as investigações iniciadas em Hong-Kong, no anno de 1894. Ha erro nesta apreciação.

O que se constituiu sobre base scientifica, depois da descoberta do bacillo de *Yersin*, foi a doutrina etiológica da peste; não a prophylaxia, que subsiste a mesma, applicavel ás demais molestias transmissiveis, embora com additamentos especiaes que a integram, sem transformal-a.»

Com estas palavras começa o illustrado director geral da saude publica, Dr. Nuno de Andrade, e depois de procurar demonstrar a impossibilidade da extincção dos ratos numa grande cidade, como o Rio de Janeiro, diz o illustrado professor e hygienista:

«Os sectarios da matança dos ratos, como recurso prophylatico contra a peste, consideram o problema da defeza sanitaria com excessiva estreiteza de vistas. Para elles, o rato infectante é tudo; o rato infectavel nada vale. Querem impor ás administrações a obrigação de exterminar os ratos, porque são transmissores da molestia; mas, não indagam si, ante a impossibilidade de destruir os murideos de uma grande agglomeração, = outros meios de prophylaxia devem ser empregados com vigor.»

E termina o seu arrazoado contra os sectarios da matança dos ratos com os seguintes e expressivos conceitos:

«Eis condensada, em poucas palavras, a prophylaxia toda da peste: isolamento effectivo, desinfeção rigorosa».

«Verificada a impossibilidade actual (ignoro o que o futuro ensinará) de extermínio dos ratos numa grande cidade, é indispensavel inverter as condições do problema estabelecido pelos criticos, e, em vez de tentar a destruição dos ratos, com perda de tempo, de trabalhos

e de esperanças, — tentar a protecção delles. É indispensavel substituir na pratica a noção do rato *algor* pela do rato *victima* do animal infectante, pela do animal infectavel, de modo que a perda gradual espontanea de virulencia dos bacillos acabe por extinguir as epizootias e espancar o *terror murideo*, que, com tamanho prejuizo da prophylaxia, usarpou a preocupação geral e enfraqueceu a pratica de isolamento e das desinfecções.»

Sentindo estar em completa divergencia do illustrado director geral da saude publica, mais ainda sentimos que de sua auctoridade dependa, em relação aos estados, a medida capital, indispensavel, pratica e exequivel, da extincção dos ratos a bordo dos navios, como meio prophylatico contra a importação da peste por via maritima.

Na impossibilidade de acompanhar a destincção subtil que faz o illustrado hygienista entre o *rato infectante* e o *rato infectavel*, parece-nos preferivel, e muito mais pratico, exterminar, tanto quanto fôr possivel, toda especie de murideos, certo de que esta medida só poderá ter louvores, não só pelo lado hygienico como sob o ponto de vista economico, supprimindo a acção constante e damninha dos infatigaveis roedores contra a propriedade particular e publica, a lavoura e as industrias,

No relatorio que, na qualidade de inspector geral de hygiene apresentei, no começo do anno findo, ao digno e operoso secretario do interior, que tanto tem se esforçado pela organização dos serviços de hygiene deste Estado, insisti sobre a deficiencia das medidas actualmente empregadas pela União para a defeza hy-

gienica dos portos e a necessidade de um accordo entre a União e os Estados, para a organização desta defeza sanitaria, que interessa a todo o paiz.

A invasão da peste na Capital Federal e nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul, Matto Grosso, Espírito Santo e Pernambuco, faz-nos receiar a importação, por via maritima, desse pernicioso flagello, que por tantos seculos produziu na Asia e na Europa as mais terriveis devastações epidemicas.

Apezar dos recursos de hygiene defensiva, com que nos tem já aparelhado o actual governo do Estado, solicito desde os primeiros dias de sua administração, em proteger a saúde publica com a garantia effcaz de um serviço sanitario bem organizado, continuamos ameaçados da importação do terrivel morbo. A população em geral não conhece o perigo, ou prefere ignoral-o; muitos contestam ainda a existencia da peste nos differentes pontos do paiz, onde ella tem apparecido; outros admittem a existencia da molestia, mas não é, dizem, a verdadeira peste é uma *peste attenuada* com caracter benigno e propagando-se lentamente, não, carecendo, portanto, de rigorosas medidas para extinguir-se.

Em todas as epochas e em todos os paizes têm-se reproduzido estes erros, repetidos por todos aquelles que não conhecem a epidemiologia, não sabem que a propagação e a virulencia das molestias pestilenciaes crescem rapidamente com o numero dos focos que irradiam sua acção mortifera, e multiplicam sua intensidade, diffundindo-se com tanto mais violencia e extensão, quanto maior a accumulacão dos germens e contracão de sua virulencia. Cessem as medidas de hygiene e

prophylaxia, e os germens da molestia vencerão todas as condições de resistencia, e se propagarão com a intensidade assustadora das grandes epidemias.

A peste que insidiosamente se tem manifestado no Rio de Janeiro e em alguns Estados do Brasil é a mesma que, em cerca de tres annos, já matou na India perto de quatrocentas mil pessoas, e só em dezembro ultimo fez alli 55.915 victimas, apesar das medidas empregadas, com proficiencia e abundancia de recursos, pelo governo inglez.

Não ha entre ellas sinão a differença no gráo de desenvolvimento; quando os germens se dessiminarem em muitos focos, a força virulenta e transmissivel de uma será egual á de outra.

A marcha das epidemias de peste é sempre insidiosa e lenta no começo, para diffundir-se — mais tarde com violencia indomavel. Na grande epidemia de Londres, em 1665, o primeiro caso occorreo em 20 de dezembro do anno anterior, o segundo em 9 de fevereiro, os terceiro e quarto em 22 de Abril; quatro casos, portanto, em cinco mezes, e depois a epidemia diffundio-se com tal intensidade, que matou em Julho 6137 pessoas, em Agosto 17037 e em Setembro 31.159.

«Um dos factos mais importantes na historia das epidemias da peste, diz Chas. Craig, pathologista e bacteriologista no *U. S. General Hospital* de São Francisco, é seu lento desenvolvimento. «Por ser a molestia tão terrivelmente fatal quando a epidemia evolue, a impressão geral é que a peste começa bruscamente e ataca logo grande numero de pessoas.

Nada mais longe da verdade do que esta crença. A molestia pode existir num logar por mezes, antes de ser reconhecida». «Em São Francisco, diz ainda o Dr.

Craig, occorreram onze casos bem authenticados de peste dentro de dez semanas, e este pequeno numero de casos foi considerado um argumento contra a existencia da molestia, quando na realidade devia fazer crer em sua manifestação, porque o pequeno numero é absolutamente typico do começo de todas as epidemias da peste.

«Desconhecidos os primeiros casos, evolue a epidemia, começa o periodo activo, e os atacados caem então ás centenas, em prazos relativamente pequenos. Este facto ficou ainda agora bem demonstrado em Bombaim e Hon-Kong.

A circular official da repartição sanitaria de Berlim chama a attenção para este ponto:

Está demonstrado que a peste se diffunde lentamente, logo após sua introduccão.

«Epidemias de rapido desenvolvimento, como as do cholera asiatico e typhó abdominal, não se observam na peste.»

Continúa)

LIGEIRAS NOTAS CLINICAS

Ha muitos processos chimicos para a pesquisa da urobilina na urina, mas os melhores parece serem o de Kiva e o de Romain. O primeiro consiste em misturar, em volumes iguaes, urina e alcool amylico; decanta-se o alcool que sobrenada, ajuntam-se-lhe algumas gottas de chlorureto de zinco ammoniacal e obtem-se immediatamente uma bella fluorescencia verde.

No segundo processo, misturam-se 50 c. c. de uri-

na acidulada por 4 gottas de acido chlorhydrico e 5 c.c. de chloroformio, recolhem-se 2 a 3 c. c. de chloroformio e juntam-se 4 a 6 c. c. de solução alcoolica de acetato de zinco a $\frac{1}{1000}$; obtem-se então a fluorescencia verde caracteristica. GÉRARD aconselha a technica seguinte: Agitar em uma ampôla de torneira 100 c.c. de urina, acidificados por 8 a 10 gottas de acido chlorhydrico, com 20 c. c. de chloroformio. Após repouso, decantam-se 2 a 3 c. c. da solução chloroformica, á qual se adicionam 4 a 6 c. c. de uma solução alcoolica de acetado de zinco (acetato de zinco crystallizado Ogr. 10: alcool a 95°, 100 centimetros cubicos).

No caso de urobilúria observa-se, na superficie de separação das duas soluções, um anel verde caracteristico olhando em reflexão sobre um fundo negro; agitando, a fluorescencia espalha-se em todo o liquido, que, visto sob reflexão, se mostra corado em roseo. Este processo, que não exige mais de um quarto de hora, quasi nada revela nas urinas das pessoas sãs, caso em que aliás fôra preciso empregar o espectroscopio para descobrir vestigios da urobilina.

SOLES COHEN, de Philadelphia, propõe reunir sob a denominação de «ataxia vaso-motriz» as numerosas perturbações circulatorias de origem nervosa que se observam em certos individuos nevropathas e que se caracterizam, quer por phenomenos de vaso-dilatação, quer por phenomenos do vaso-constricção, quer por uma mistura das duas ordens de perturbações vasculares. A molestia de Graves representa o typo extremo da vaso-dilatação, a molestia de Raynaud, o typo extremo da vaso-constricção. Entre estes dois extremos acham-se

numerosas variedades intermediarias de intensidade e localização diferentes: urticaria simples, dermographismo, edemas nervosos, idiosyncrasias medicamentosas, febre dos fenos, albuminuria intermitente, tendencia á purpura e ás petechias, angiomas cutaneos-multiplos, tachycardia paroxystica. As perturbações da menopausa apresentam este caracter de ataxia vasomotriz. (*Méd. mod.*)

O prof. BOUCHARD attribue a epistaxis da cirrhose hepatica a uma lesão arterial hemorrhagica. A epistaxis faz-se por uma só narina, o mais das vezes pela direita, e por accessos; o sangue, que a principio escorre gotta a gotta, pôde parar mui rapidamente, mas chega não raro a formar um jorro abundante e corre ás vezes até a syncope. Estanca-se em geral fazendo-se penetrar pela narina uma solução de cocaina. A hemorrhagia pode tambem ser suspensa pela compressão, pois que a sua fonte é mui limitada, situada de ordinario sobre o septo e em um ponto pouco distante do orificio anterior. É uma exulceração como a do estomago, no fundo da qual é aberta uma arteriola. (*Méd. mod.*)

HOBBS, em um artigo sobre a importancia de certos signaes para o diagnostico da tuberculose latente, entre outros, insiste sobre a existencia de um rheumatismo mono-articular e a prova do vesicatorio, descripta pela primeira vez por Josué e Roger, os quaes, ao seu ver equivallem á demonstração dos bacillos no escarro. A prova do vesicatorio consiste no exame cytologico da serosidade das phlyctenas provocadas por um agente

vesicante. Enquanto o exame microscopico dessa serosidade mostra, no homem normal, uma proporção de polynucleares, que oscilla entre 65 e 78 0/0, com 3 a 8 0/0 de mononucleares e 20 a 25 0/0 de eosinophilos, estes ultimos diminuem consideravelmente nas infecções e principalmente na tuberculose até a cifra habitual de 3 0/0 e as vezes até 0.

Quanto ao rheumatismo mono-articular, os trabalhos do prof. Poncet fizeram conhecer que certas tuberculoses visceraes podem, antes do apparecimento de qualquer outro symptoma dependente dos orgams affectados, ser annunciadas por arthrites, cuja genese fica assaz obscura. O mais das vezes o processo accomette uma só articulação ou, depois de haver atacado diversas, acaba por localizar se unica e definitivamente na primeira affectada; em tal caso o joelho é a séde preferida do processo. A intensidade da reacção inflammatoria vae desde a simples tumefacção até a suppuração, conforme os casos. Além da localisação unica, o começo repentino de uma athropathia, com febre ligeira ou nulla e inutilidade do tratamento salicylico, são caracteres que devem fazer suspectar a tuberculose.

SABOURIN assignala e importancia da adenite superclavicular no diagnostico precoce da tuberculose pulmonar. Essa adenite pura, não associada a outras adenites de visiohança, quando não acha a sua causa palpavel na propria região ou na existencia de um carcinoma pulmonar, deve, por mais pequena que seja, fazer pensar na tuberculose, e em quasi todos os casos permitirá affirmal-a.

G. M.

REVISTAS

GILBERT E HERCHER. *Origem renal da urobilina.* (Soc. de biol. 1902).—Tenho praticado systematicamente o exame comparado do sôro sanguineo e das urinas de todos os doentes tratados no hospital Broussais, durante o anno de 1901, ficaram os A. A. impressionados com verificar que, si algumas vezes a urobilina existia no sôro quasi sempre faltava neste liquido, ainda quando as urinas a encerravam abundantemente.

Quando só dispunham de pequena quantidade de sôro faziam somente o exame espectroscopio, mas quando podiam obter maiores porções quer do sangue extrahido pela applicação de ventosas escarificadas, quer proveniente de sangrias feitas com fim therapeutico, não somente examinavam ao espectroscópio, sinão tambem faziam uso das reacções chimicas caracteristicas da urobilina.

Por diversas vezes estudaram tambem grandes quantidades de um liquido que equivale ao sôro, o liquido ascitico.

Constantemente, qualquer que fosse a quantidade de liquido examinada, lhes foi impossivel descobrir a urobilina, quer no liquido ascitico, quer no sôro de doentes que apresentavam intensa urobilinuria.

Acreditam, por isso, que, contrariamente ao que se admite habitualmente, a urobilinemia, longe de ser a regra, quando existe urobilinuria, é ao contrario, a excepção.

Mas em todos os casos em que encontraram urobilinuria, sem urobilinemia, verificaram que o sôro continha maior ou menor quantidade de pigmentos

biliares, de sorte que a cholemia coexistia com aurobiliruria.

As diferentes theorias emitidas para explicar a origem da urobilina, *theoria sanguinea, histogenica, intestinal, hepatica*, não poderiam explicar factos de urobilinuria sem urobilinemia. Só a hypothese de uma transformação nos rins dos pigmentos biliares em urobilina é capaz de explical-os. Tudo concorda aliás, factos clinicos, dados theoreticos, experimentação, para provar que não se trata de uma simples hypothese e que as cousas se passam realmente assim.

De uma parte, com effeito, é bem certo que os agentes reductores e hydratantes são capazes de transformar os pigmentos biliares (bilirubina, biliverdina e choletelina) em urobilina e, si a redução fôr levada bastante longe, em chromogeno.

De outra parte está demonstrado que o rim goza de um poder energico de redução e hydratação. Pode-se, *in vitro*, realizar a transformação dos pigmentos biliares em urobilina por addição a uma solução de bilirubina de rim reduzido a polpa.

Admittida a *theoria renal*, a transformação em urobilina pelo rim dos pigmentos biliares contidos no sôro sanguíneo pode ser considerada como um verdadeiro processo de defeza do organismo: os pigmentos biliares, productos toxicos e pouco diffusiveis, sendo convertidos em urobilina, substancia mui diffusivel e por consequencia facilmente eliminavel.

Conforme esta theoria, os diversos factos clinicos de urobilinuria explicam-se da seguinte maneira: No primeiro grau, a cholemia é moderada; na urina não se observa sinão urobilina; si a urina fôr abundante, acha-se realizado o typo *ictericia acholurica*; si, ao

contrario, fôr rara e concentrada, teremos o typo *ictericia hemaphéica*. Estes factos correspondem aos que se têm descripto sob o nome de *ictericias urobilínicas*; são, em realidade, *ictéricas urobilínuricas* e não *ictericias urobilínicas*, pois que falta a urobilina, assim na pelle, como no sôro.

Neste primeiro grau, aliás, a pelle nem sempre tem uma côr claramente icterica. E' o que se observa nomeadamente na *cholemia simples familiar*, descripta por um dos A. A. com Lereboullet, e na qual a pelle pode apresentar-se amarellada, com uma coloração modificada pela presença de pigmentações diversas ou mesmo um aspecto absolutamente normal. Pode, pois, haver nestes casos quer *cholemia subictérica e acholurica com urobilinuria*, quer *cholemia anictérica e acholurica com urobilinuria*.

No segunda grau a *cholemia* é mais intensa; uma parte dos pigmentos biliares contidos no sôro passa para a urina, outra parte é transformada em urobilina; a ictericia é dita *biliphéica*.

No terceiro grau enfim, a *cholemia* é extrema; grande quantidade de pigmentos biliares chega ao rim; este, sobrecarregado de trabalho, perde o seu poder reductor; não se acha mais urobilina na urina, mas, no começo e no fim de taes *cholemias*, quando uma quantidade menos consideravel de pigmentos biliares é levada ao rim, este conserva ou recupera o seu poder reductor e a urobilina existe na urina, quer só, quer associada aos pigmentos biliares.

A theoria renal talvez permitta tambem comprehender porque a urina physiologica contém certa quantidade de chromogeno da urobilina. Normalmente, com effeito, o sôro encerra uma materia corante, o *sero-*

chromo, proxima parenta dos pigmentos biliares sinão identica a estes, e pode-se suppor que esta substancia, levada ao rim em pequena quantidade, é transformada por uma redução activa em chromogeno, que passa para a urina. E' uma supposição, mas supposição mui verosimil.

A theoria da origem renal da urobilina explica assim a mór parte dos casos de urobilinuria: todavia a urobilina pôde existir no sôro e então somos obrigados a invocar as outras theorias, a theoria hepatica em particular, mas esses casos parecem aos A. A. infinitamente mais raros do que os de urobilinuria sem urobilinemia.

O *valor semiologico* da urobilinuria é, por consequente, inteiramente outro do que se attribue, em geral, a esse symptoma. Talvez a urobilina seja, em alguns casos, «o pigmento do figado doente», porém, o mais das vezes, é uma substancia derivada dos pigmentos biliares contidos no sangue e formada ás custas delles pelo rim.

A urobilinuria não é, pois, sinão a consequencia da cholemia.

Como tal, deve ser independente do estado funcional do figado e, de facto, os A. A. a observaram em doentes cujas funcções hepaticas eram normaes e até exageradas, assim como o provavam a fixação de quantidades consideraveis de assucar e o augmento da uréa excretada quotidianamente. Si se encontra frequentemente na insufficiencia hepatica, é que a cholemia é muitas vezes ligada a uma affecção susceptivel de acarretar o fraquejamento do figado; mas é, na realidade, pura coincidencia.

Em resumo, a urobilina sendo, quasi sempre, de

origem renal, a urobilinuria não tem nenhum valor para julgar do estado da cellula hepatica; traduz sómente a presença de pigmentos biliares no sangue e deve, por isso, ser considerada como um dos signaes reveladores mais importantes da cholemia.

MEMORANDUM CLINICO

DESIGNAÇÕES DE VARIOS SIGNAES DIAGNOSTICOS

Allis (*Signal de*)—Relaxação do fascia entre a crista do osso iliaco e o grande trochanter, na fractura do collo do femur.

Argyll-Robertson (*) Discordancia entre os dois reflexos pupillares, o reflexo á luz sendo abolido, enquanto o reflexo á acomodação é conservado. Encontra-se no tabes e na paralysisa geral.

Avenbrugger (*)—Abaulamento precordial que caracteriza os derramamentos pericardicos medios (de 400 a 500 gr.) O mesmo nome applica-se ao abaulamento epigastrico que se observa em derramamentos pericardicos mui volumosos.

Babinski (*)— Extensão dos dedos do pé sob a influencia de uma excitação da planta, a qual normalmente determina a flexão. Este signal, tambem chamado *phenomeno dos dedos do pé*, está em relação com uma lesão do feixe pyramidal.

Bacelli (*)— Pectoriloquia aphonica.

Bamberger (*)—E' a *allochiria*, perturbação especial da sensibilidade consistindo no facto de uma excitação cutanea limitada ser localizada pelo doente no ponto symetrico do lado opposto do corpo.

Bard (*) — Serve para differencar o *mystagmus organico* do *mystagmus congenito*. No primeiro, as oscillações do globo ocular augmentam quando o doente segue o dedo do medico movido deante dos seus olhos alternativamente da direita para a esquerda e viceversa. No segundo, as oscillações desapparecem nessas condições.

Barnet (*) — Esternalgia na angina de peito.

Bell (*) — Na *paralysis facial peripherica*, quando se manda o doente fechar a palpebra do lado paralyzado, o globo ocular gyra para cima e para fóra. Este signal não se encontra na *paralysis facial de origem central*.

Berger (*) — Deformação da pupilla, que, em vez de circular, toma uma forma elliptica de grande eixo transversal ou obliquo. É frequente no começo do *tabes* da *paralysis geral*, na *paralysis do motor ocular commum*, etc.

Biermer (*) — No *pneumothorax* com derramamento, a altura em que é percebido o *ruido de bronze* varia conforme a posição do doente.

Biernacki (*) — Anesthesia do nervo cubital. Normalmente, a pressão exercida sobre este nervo na gotteira olecraniana produz uma dor viva no pequeno dedo, assim como contracções dos musculos innervados por esse nervo, contracções que em certos casos podem generalisar-se a todo o braço e até á face. Biernacki mostrou que a analgesia do cubital, nos *tabeticos*, impedia a producção desses phenomenos.

Bozzollo (*) — Pulsação nas narinas que se observa em certos casos de aneurisma da aorta thoracica.

Brach-Romberg (*) — V. Romberg.

Bright (*) — Ruido de attritos peritoneaes.

Brodie (*)—Hyperesthesia muito manifesta que na região correspondente, acompanha muitas vezes as nevralgias articulares de natureza hysterica.

Browne (*) V. Crichton Browne.

Bryson (*)—Falta de ampliação do thorax durante a inspiração nos doentes de bocio exophthalmico.

Burton (*)—Listra gengival acinzentada ou ar-dosiada, característica da intoxicação chronica pelo chumbo.

Cardarelli (*)—Movimentos da larynge de baixo para cima synchronos á systole cardiaca nos individuos affectados de aneurysma da crossa da aorta.

Castellino (*)—V. Cardarelli.

Chaussier (*)—Viva dor epigastrica, prodromo da eclampsia.

Cheyne-Stokes (*Respiração de*)—Rythmo respiratorio caracterizado por um periodo de apnéa mais ou menos longo, ao qual succede uma serie de respirações de amplitude crescente seguida de outra serie de amplitude decrescente, terminando por nova pausa.

Observa-se nas affecções que interessam o bolbo particularmente na uremia.

Chvostek Senior (*Signal de*)—Apparecimento de uma contracção na tetania, fóra dos accessos, pela simples percussão de um musculo ou nervo. Póde encontrar-se tambem sem haver tetania.

Chvostek Junior (*)—Augmento da excitabilidade electrica dos nervos sensitivos na tetania.

Clapton (*Linha de*)—Listra esverdeada das gengivas no envenenamento chronico pelo cobre.

Clark (Alonso), (*Signal de*)—Desapparecimento da matidez hépatica devido a distensão do abdomen em caso de appendicite ou outra inflammação peritoneal.

que accarrete a dilatação dos intestinos ou a interposição de gazes entre o figado e a parede abdominal ou thoracica.

Clarke (*Lingua de*)—Aspecto da lingua na glossite syphilitica profunda, esclerosa, caracterizada por sulcos mais ou menos profundos, circumscrevendo saliencias irregulares.

Corrigan (*Pulso de*)—Pulso da insuficiencia aortica, amplo, regular, rapido e retrocedente, depressivel.

—(*Linha de*)—Listra purpurea na junção dos dentes com a gengiva no envenenamento pelo cobre.

Corvisart (*Facies de*)—Facies dos asystolicos.

Crichton-Browne (*Signal de*)—Tremor das commissuras dos labios e dos angulos externos dos olhos, no começo da paralysisia geral.

G. M.

Continua)



Medicamentos novos

TRAUMATOL

O traumatol ou iodo-cresina é uma combinação do iodo como acido cresylico, um cresol mono-iodado, contendo 54,4 p. 100 de iodo, cuja densidade é de 0,67.

Apresenta-se sob a forma de um pó muito fino, quasi inodoro, de cor acinzentada, solavel no chloroformio, no sulfureto de carbono, e nos liquidos alcalinos, insolavel na agua, no alcool, no ether e nos acidos.

E' dotado de propriedades antisepticas superiores ás do iodoformio. Não possui cheiro desagradavel, não é caustico, não irrita a pelle nem as mucosas. A sua toxidez é nulla comparada com a do iodoformio e do su-

blimado, e possui acção anesthesica muito pronunciada. Emfim, é tres vezes menos custoso do que o iodoformio.

Emprega-se o traumatol em pó puro, em gaze, colloidio, emplastros, lapis, ovulos, etc.

Alem das suas poderosas propriedades antisepticas, é tambem um cicatrizante energico.

E' indicado no tratamento de todas as affecções tribu-tarias do iodoformio: feridas infectadas e ulceras, so-bretudo as ulceras das pernas, cuja cicatrizaçáo é tão difficil, caneros molles, duros, phagedenicos, feridas sy-philiticas; affecções do utero, ulceracões do collo, metri-tes, etc.; antrazes incisados com o thermo-cauterio, quei-maduras, otites chronicas suppuradas; rectites suppuradas (suppositorios e insufflações de traumatol em pó.) Pode ser usado na cirurgia ocular. Em todos esses casos tem dado excellentes resultados

DR. NAUDIN. (*Med. mod.* Fev. 1903).



MEDICINA PRÁTICA

TRATAMENTO DAS HEMORRHOIDES POR CAUTERISAÇÃO DE ACIDO AZOTICO FUMEGANTE

Depois de ter constringido com um laço de cau-techú os botões hemorrhoidarios inflammados, tocar successivamente cada um delles com acido nitrico fume-gante até que se manifeste côr acinzentada, após o que enxuga-se e cobre-se de vaselina.

O tractamento não é doloroso e é efficaç, porque os botões diminuem de volume e chegam a desappa-recer completamente.

E' indispensavel, comtudo, que o paciente não

exonere o intestino nas 48 horas immediatas á operacão, usando d'ahi em diante um clyster frio diario, durante muitas semanas.

M. Jurié.

TRATAMENTO DO PRURIDO PELO USO INTERNO DOS ACIDOS

O Dr. H. Leo, professor da Faculdade de Medicina de Bonn, tem empregado com exito, em casos de prurido de etiologia obscura, haja ou não alcalinidade urinaria, X gottas, de 2 em 2 horas, de uma *soluço de acido chlorhydrico* a 50 % ou de acido sulfurico a 1, 5 % e mesmo a 2, 5 % na dose de uma colher de sopa de 2 em 2 horas.

A ERGOTINA COMO MEDICAMENTO PROPHYLACTICO
E ESPECIFICO DA FEBRE PUERPERAL

Segundo a opinio do Dr. Soet, sob a influencia da ergotina:

1.º Os espaos lymphaticos do utero, diminuindo de calibre, oppem barreira difficilmente franqueavel á injecco.

2.º A hyperthermia em si diminue, pela aco anti-pyretica da medicao (com o apoio de 30 observaes).

3.º Associado á antisepsia, o uso da ergotina *post-partum* favorec a involuo uterina, sendo, como é, um precioso auxiliar das injecces vaginaes quentes.

TRATAMENTO DAS METRORRHAGIAS DA ENDOMETRITE HEMORRHAGICA PELA APPLICAO INTRA-UTERINA DE TINTURA DE IODO, PELO DR. ZANDRY

Tractamento absolutamente indolor e efficaç, quando é feito com as precaues habituaes nenhm perigo im-

mediato apresenta nem complicação ulterior, porque sua applicação continuada não produz a atresia do utero nem favorece a esterilidade da mulher.

TRACTAMENTO DAS CONVULSÕES INFANTIS DE CAUSA NÃO DETERMINADA (DR. PÉRIER)

1.º Desabotoar a roupa do doente, deital-o em decubito dorsal, com a cabeça um pouco elevada; applicar-lhe um clyster de oleo ou de glicerina.

2.º Havendo indigestão provocar o vomito tiillando a uvula, prescrevendo um clyster purgativo.

3.º Abrir as janellas e fazer o doente inbalar algumas gottas de ether ou de chloroformio em um lenço.

4.º Prolongando-se as convulsões, prescrever um banho morno ou sinapisado, si houver resfriamento, enxugar-o rapidamente e prescrever a seguinte poção.

Bromureto de potassio	} a ã
» » de sodio	
» » de ammonio	

Hydrolato de tilia 100 grammas

Xarope de codeina 5 grammas

Xarope de flor de laranjeira 30 grammas

Uma colher de chá de hora em hora.

(P. Simon)

Si a criança não pode engulir:

Castoreo 0 gr. 20

Hydrato de chloral 0,30

Camphora 1 grammia.

Gemma de ovo 10 grammas.

Agua destillada 100 grammas

Para um clyster.

5. Não abandonar o doentinho antes de passada a crise e procurar reconhecer a causa do phenomeno para o tractamento ulterior.



Bibliographia

Dous casos de septicemia cryptogenetica pelo Dr. Olinto de Oliveira, prof. da Faculdade Medica de Porto Alegre, 1903

Depois de discutidas as 2 observações sem duvida interessantes que apreciou o A. em seu serviço clinico da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, seguida uma dellas de autopsia muito summaria, por não ser permitida uma necropsia em regra, como o caso reclamava, justifica a denominação que lhes julgou applicavel, de accôrdo com LEUB e JEURGENSEN, de *septicemia cryptogenetica*, isto é, de causa occulta ou desconhecida, e apresenta a seguinte conclusão synthetica «supprimidas por hypotheses plausiveis as falhas da observação»:

1. Infecção banal da creança A por estaphylococco de virulencia commum, determinando o impetigo;
2. presença occasional destes estaphylococcos (por contaminação domestica) nas vias digestivas da creança B, no momento de uma grave perturbação funcional;
3. infecção das paredes do tubo digestivo, propagação facil por diminuição das resistencias normaes, invasão do peritoneo, do figado e do baço por contiguidade e por via sanguinea, septicemia;
4. exaltação da virulencia do micro-organismo por cultura intensiva, passagem por um organismo predisposto e insufficiencia de anticorpos;
5. reversão do micro-organismo assim exaltado

à creança A [novo contagio domestico]; 6.ª infecção intensiva desta, falta de resistencia, septicemia.

Muito agradecemos ao A. a distincta offerta com que nos honrou.

J. F.



V A R I A

OS MORCÉGOS E A PESTE BUBONICA

O DR. Gosio, nos *Atti dei Lincei* trata da possibilidade da transmissão da peste pelos morcégos. No curso de uma pequena epidemia que se desenvolveu recentemente em Napoles, suspeitou-se muito de ter sido o fóco do mal um edificio por todos os lados isolados da cidade por muros, e alguns emittiram a opinião de que talvez os morcegos que se via constantemente volitarem ao redor do edificio não tivessem sido completamente extranhos á propagação da molestia. O DR. Gosio fez experiencias nesse intuito. Inoculou virus a muitos individuos da especie *Vespertilio noctula*.

As doses continham de 0,5 a 0,05 c. c. de culturas de 24 horas. Todos os morcégos assim tratados morreram em pouco tempo. A autopsia mostrou que seus organs estavam cheios de bacillos da peste. As pulgas que pululam nos morcegos devem tambem disseminar os germens pathogenicos.

COMO O REI DA PRUSSIA NÃO DURMIU EM VERSAILLES EM 1871

A «Chronica Medica» do Dr. Cabanés refere uma anecdota muito interessante sobre a guerra de 1870-1871.

O rei da Prussia tinha annuciado que se deitaria

no mesmo leito de Luiz XIV. Foi porém, impedido pelo Dr. C., medico distincto, que dirigia o serviço dos typhicos no Hospital Militar de Versailles, e que teve a idéa, de connivencia com o prefeito, o Snr. Charton, de transportar o seu serviço de contagiosos para o proprio quarto do rei Sol. Dest'arte, quando os conquistadores quizeram installar-se no castello, a bandeira de Genebra fluctuava sobre o edificio. E desta maneira um medico sosinho ponde fazer recuar o rei, o príncipe herdeiro, Bismarek e Moltke.



Chronica e noticias

NOVAS SECÇÕES

Inauguramos no presente numero duas novas secções, intituladas—*Ligeiras notas clinicas* e *Memo-randum clinico*,—as quaes julgamos de algum valor para a pratica da medicina. A primeira consiste em um repertorio de pequenos factos clinicos, mas importantes e selectos, taes como signaes diagnosticos e prognosticos, syndromas, processos semiologicos, medicações e tratamentos, etc. que esperamos, além de proporcionar uma leitura leve e agradável, será de utilidade para o clinico.

Na segunda secção, que reputamos igualmente util, vamos dar uma lista de varios signaes diagnosticos, syndromas, reacções, leis morbidas, operações, methodos de tratamento, etc. a mór parte designados por nomes proprios, o que, vista a extensão que tem tomado ultimamente, torna quasi impossivel que se tenha sempre tudo presente á memoria. Já este trabalho tem sido feito por

outros: a *Semaine médicale* (1899, n. 37) publicou uma lista semelhante, o *Diccionario* de Garnier e Delamare, o de Gould e o *Glossario* de Landouzy e Bayle, prestam a este respeito grande serviço, mas além de darmos um plano differente ao nosso *Memorandum*, é este mais completo do que qualquer das obras citadas, contendo, além do que se acha em todas ellas, muitos outros nomes que não se encontram em nenhuma.

FACULDADE E MEDICINA DA BAHIA

Pelo Sr. ministro do interior foram concedidas as exoneração solicitadas pelos Drs. Juliano Moreira e Julio Afranio Peixoto, de substituto da 12ª secção e de preparador de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia.

Os distinctos collegas e companheiros de redacção afastando-se do nosso estabelecimento de ensino medico, facto que muito lamentamos pelo desfalque que lhe causa esse exodo de talento e de esforço, vão prestar o contingente de sua proficua actividade a serviços federaes, outros que muitos lucrarão della; Ao Dr. Juliano Moreira coube a nomeação de Director do Hospicio Nacional de Alienados, instituição que será em breve fundamentada nos seus antigos creditos soblevados pela excellencia de reformas, daqui ha pouco efficientes, que o progresso scientifico exige e o nosso collega emprehendeu. O outro, o Dr. Afranio Peixoto, concorrerá provisoriamente para a boa realisação de medidas hygienicas, na Capital Federal, enquanto o Governo não lhe designa, áproveitando sua orientação scientifica, logar eminente no serviço medico-legal da capital da Republica.

DIRECTORIA GERAL DE SAUDE PUBLICA

Foi nomeado Director Geral de Saude Publica o Dr. Osvaldo Gonçalves Cruz por se ter incompatibilizado, em virtude de recente lei federal, o funcionario que esse cargo exercia.

Para a nova funcção publica que a confiança do governo lhe assignou, leva o nomeado um bonito nome scientifico que de ha poucos annos vem creando. Graças a elle, o Brasil já concorreu com o seu contingente para a sôrotherapia da pesta bubonica e sob o seu influxo, nesse Instituto de Manguinhos, o qual enche com a sua larga competencia e erudição vasta, trabalhos notaveis e experimentaes se realisam para diminuição gradual das brumas da nosologia brasileira.

Não descontinuando sua direcção no Instituto de Manguinhos, esperamos, o illustre scientista soerguerá o nome de nossa Patria, lá fôra bem comprometido per essa reproducção annua de casos de febre amarella, cuja jugulação constitue um dos seus mais deliberados propositos.

E' uma nomeação essa que honra o governo que a fez.

Para dirigir o serviço de demographia sanitaria escolheu o novo Director de Saude Publica o Dr. José Luiz de Sayão Bulhões de Carvalho.

Esse nosso digno collega, redactor gerente do «Brasil Medico, já desempenhara com applausos o cargo no antigo Instituto Sanitario, e afastado d'elle, por causas alheias a sua vontade, não se descuidou desse importante ramo da Medicina Pública, de modo a ser, como é, ouvido por collegas que têm, em outros paizes, a incumbencia do serviço que vae dirigir.