

Gazeta Medica da Bahia

PUBLICAÇÃO MENSAL

VOL. XXXV

JANEIRO 1904

NUMERO 7

Prophylaxia da febre amarella (*)

PELO DR. PACIFICO PEREIRA

(*Professor da Faculdade de Medicina da Bahia*)

A febre amarella é molestia exotica no Brazil. Foi importada pela primeira vez neste paiz no seculo XVII. Segundo WILLIAM M. KINLEY consta de documentos consulares de Pernambuco ter alli apparecido pela primeira vez a febre amarella em 1640. (Remarks on yellow fever which appeared of late years on the coast of Brazil, *Monthly Journal of Medical Sciences*, Sept., Oct., Nov., 1852.)

O DR. JOÃO FERREIRA DA ROSA refere que, em 1639, a frota que a Hespanha enviou ao Brazil sob as ordens do almirante MASCARENHAS foi atacada em Cabo Verde por uma molestia contagiosa que matou 3.000 soldados. Parece, diz BÉRENGER-FERAUD, que esta molestia foi a febre amarella; assignalada pela primeira vez no Brazil em 1640, teria sido então importada das ilhas de Cabo Verde.

O segundo assalto da febre amarella no Brazil está averiguado por dados historicos irrecusaveis.

A *pestilencia da bicha*, que reinou em Pernambuco e na Bahia de 1686 a 1694, foi sem duvida a febre

(*) Memoria apresentada ao *Quinto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia*.

amarella, segundo se deprehende das descripções encontradas em documentos historicos daquella época. O mais antigo destes documentos é o *Summario*, presidido pelo corregedor do cível, em Lisboa, em que juraram seis testemunhas, das quaes uma era profissional, e todas pertencentes a uma *Charrúa*, que, em viagem de Pernambuco para Lisboa, teve doentes a bordo, *affectados da molestia da terra*, dos quaes falleceram cinco.

O *Summario* foi ordenado pelo rei D. PEDRO II, ao chegar o navio ao Tejo, aonde compareceu a auctoridade incumbida daquella diligencia, e tem a data de 26 de Outubro de 1891.

Segundo os depoimentos das testemunhas, entre as quaes o cirurgião flamengo ANTONIO BREBON, que vinha na mesma *Charrúa*, este pediu ao capitão da embarcação, MANOEL PIMENTA, para abrir o corpo do quarto defunto, “*por ver si com a anathomia descobria a origem do dito mal e causa do dito achaque*”. Descrevendo o resultado do exame, diz o mesmo documento, achou o dito cirurgião no estomago “*quantidade de um humor negro, ao modo de ferrugem de chaminé, da mesma cor e do mesmo modo que os moribundos deste achaque costumam botar pela bocca na dita cidade de Pernambuco, quando querem morrer, de tal sorte que quando para algum enfermo se chama cirurgião, logo este pergunta se bota já a ferrugem pela bocca, e se lhe dizem que sim se escusa de o visitar, ou lhe manda preparar o enterro, por lhe não considerar esperanza de vida, e até agora nenhum teve o tal signal que escapasse da doença, e os que chegaram a escapar não botaram a dita ferrugem*” (*Gazeta Medica da Bahia*, Outubro de 1891).

O *Tractado unico da constituição pestilencial de Per-*

nambuco, publicado na cidade de Lisbôa, em 1694, pelo Dr. JOÃO FERREIRA DA ROSA, é a melhor fonte de informações que existe sobre a epidemia que reinou desde 1686 até 1694 na Bahia e Pernambuco.

FERREIRA DA ROSA era medico formado na Universidade de Coimbra, e a descripção que faz dos symptomas não deixa duvida sobre a identidade da molestia com a febre amarella.

“Os doentes têm a respiração como de opprimidos, têm grandes dôres de cabeça; muitos acham-se affrontadissimos da bocca do estomago”. “Grande fastio, vomitos, nauseas, soluço, dôr, ancia e tristeza de coração. Ha grandes vigillas causadas das dôres de cabeça pela maior parte, e si dormem alguma cousa é com grande desinquietação e somno muito perturbado e terrivel, e com taes delirios que se levantam e sahem pelas ruas despidos, si não tem delles vigilancia”. “Sobre todos os signaes ha dous tremendos que são a ictericia e a suppressão de urinas”.

Sobre o valor prognostico deste ultimo signal, diz FERREIRA DA ROSA: “É signal mortifero, de que não vi nem ouvi que livrasse doente algum, inquirindo este negocio com toda a diligencia, e informando-me de cirurgiões, barbeiros e de todo o povo, nunca achei quem dissesse que escapou algum doente”.

Dos que são victimas com o vomito negro, diz:... “acabando a vida com dôres e vomitos de *atrabilis* e da mesma especie os que descem ao intestino”.

Em outro capitulo da obra refere que viu “na anatomia que se fez a um cadaver de pessoa que succumbiu á constituição epidemica *apparecer só atrabilis nas primeiras vias*”.

A molestia começou por um tanoeiro, que, “ao abrir umas barricas de carnes podres, vindas em navegação de S. Thomé, cahiu immediatamente e

brevemente morreu, o que succedeu na rua da Praia e assim mais quatro ou cinco da mesma casa, e se foi pela mesma rua primeiro communicando”.

Escrevendo em 1691, diz FERREIRA DA ROSA que havia sete annos que existia esta *constituição* e que não havia noticia de que tal doença já tivesse alli apparecido.

SEBASTIÃO DA ROCHA PITTA illustre historiador, nascido na Bahia em 1660, o contemporaneo da celebre epidemia ou *peste da bicha*, na sua *Historia da America Portuguesa*, impressa em 1730, dá minuciosa noticia desta epidemia.

O contagio, que elle attribue á mesma origem que FERREIRA DA ROSA, “foi ateado no Povo do Recife em tanto excesso que morreram mais de duas mil pessoas, numero grande a respeito daquella Povoação”. “D’alli foi passando á cidade de Olinda e ao seu reconcavo, sendo mui poucas as pessoas que escapavam daquelle achaque, pela malignidade e vehemencia do mal, em cujos symptomas differentes não podia attinar a Sciencia Medica, conformando-se os Professores só em lhe darem o nome de *Bicha*, da qual livrando poucos eram sem numero os que morreram, deixando ermas de moradores e de amparo as casas e familias de Olinda e do Recife”. “Da calamidade de Pernambuco chegou com a noticia o contagio á Bahia. Continuou com alguma pausa, mas com tal intensão e força que era o mesmo adoecer, que em breves dias acabar, lançando pela bocca copioso sangue. “Foram logo adoecendo e acabando tantas pessôas que se contavam os mortos pelos enfermos. Houve dia, em que cahiram duzentos, e não escapavam dous... Estavam cheias as casas de moribundos as Igrejas de cadaveres e as ruas de tumbas”.

Referindo a marcha da epidemia, diz o notavel historiador: "e foy perdendo a força o mal de fórma que, ou já não feria, ou quasi todos os feridos escapavam; posto que para as pessoas que vinham do mar em fóra, ou dos certões, assim á cidade da Bahia, com á da Olinda, durou largos annos, levando grande parte delles, principalmente aos mais robustos, porque este contagio fazia (como o rayo) mais impressão onde achava mayor fortaleza".

Reconhece-se bem nestes largos traços a feição clinica e epidemica da febre amarella, e só o facto de não ter ainda observado esta molestia em 1844, quando escreveu sua obra sobre *O clima e as molestias do Brazil*, explica o erro de SIGAUD contestando a identidade da *bicha* e da febre amarella, erro adoptado tambem por HIRSCH na sua *Pathologia historica e geographica*.

Depois desta epidemia de 1686, a febre amarella appareceu no Brazil, segundo M. KINLEY em 1710, desaparecendo logo depois, e por espaço de setenta annos, para manifestar-se em 1780, segundo HIRSCH.

Outros setenta annos decorreram, sem que a febre amarella visitasse de novo o Brazil, apesar de apparecer quasi todos os annos nas Guyanas ingleza e hollandeza.

Durante estes longos periodos os fôcos endemicos deste flagello concentravam-se nas margens do Golpho do Mexico e nas grandes e pequenas Antilhas, e d'ahi irradiavam por vezes para os paizes tropicaes, com os quaes estavam em communicação mais frequente.

Em 1819 foi sua mais forte irrupção no Brazil, importado á Bahia pelo brigue americano *Brazil*, procedente de Nova Orleans, e "a cujo bordo, diz o

relatorio do presidente da provincia naquella época, falleceram individuos tocados de febre amarella que grassava naquelle porto americano”.

Entre as primeiras victimas succubiram o consul americano T. TURNER, e o negociante inglez SANVILLE, em cuja casa pernoitava o capitão do brigue *Brazil*.

A marcha da epidemia está indicada a largos traços no seguinte trecho do citado relatorio:

“Fundeadando um navio sueco recentemente chegado de Lisboa, parece haver-lhe communicado o brigue *Brazil* o mal que em si continha, ceifando-lhe quasi toda a tripolação, e communicando a terrivel enfermidade a todo o ancoradouro e desde ás freguezias contiguas, ás do centro, aos suburbios, ao littoral e, finalmente, a muitas povoações, dez e doze leguas a distancia deste”. Excedem a cem mil numero de nacionaes atacados, desde Outubro de 1849 até fins de Junho de 1850, mas nestes a molestia foi muito mais benigna do que nos estrangeiros. A mortalidade foi nos primeiros de 3 a 4 % e nos ultimos de mais de 30 %.

Da Bahia a febre amarella foi levada a Pernambuco pelo brigue *Alcyon* e ao Rio de Janeiro pela barca *Navarre*. E' de grande valor o testemunho de varios medicos estrangeiros que observaram a epidemia naquella época.

O *Constatt's Jahresbericht* de 1850 (vol. 2^o., pag. 286) diz:

“Por muitos annos não tinha apparecido no Brazil a febre amarella e era desconhecida á geração actual”.

Segundo M. WILLIAM [*On the propagation of yellow fever in Brazil, 1849-1850 London Medical Gazette*, vol. 47, pag. 866], pelo testemunho do consul inglez e dos Drs. ALEXANDRE PATERSON e JOHN PATERSON está

perfeitamente demonstrado que a Bahia, assim como todos os outros portos do Brazil, eram salubres e completamente isentos da febre amarella, quando em 1849 veio um navio de Nova Orleans e Havana em cujo bordo tinha havido doentes de febre amarella”.

O DR. ALEXANDRE PATERSON (*Observations on the origin and nature of the yellow fever, as it appeared in Bahia (Brazil) in the end of 1849 and the beginning of 1850. — London Medical Gazette* Marz, 1851) sustenta a mesma opinião sobre a importação da febre amarella por navio americano.

LALLEMANT (*Das gelbe Fieber in Rio de Janeiro, “Casper Wochenschrift”, n. 43, 1851*) refere deste modo a invasão da febre amarella, a que elle assistiu no Rio de Janeiro: “Desde o mez de Novembro dominava a molestia na Bahia, sem que no Rio se soubesse. O navio *Navarre*, sahido da Bahia nos ultimos dias de Novembro, chegou ao Rio em 3 de Dezembro. Os Marinheiros deste navio desembarcaram para um quarteirão immundo, donde LALLEMANT recebeu os primeiros casos de febre amarella no dia 28. Com velocidade horrivel espalhou-se a molestia pela cidade e pelos navios; os cruzadores inglezes levaram-na por toda costa do Brazil e outros navios a transportaram para Montevideo”.

Desde então a febre amarella manifestou-se na Bahia esporadicamente em 1852 e 1853 e de 1854 a 1857, e com character epidemico no ancoradouro; cresceu muito em 1858 para recrudescer em 1859 e 1860, diminuindo notavelmente em 1862 e desaparecendo completamente de 1863 a 1869, sendo de novo importada nesse anno pela corveta italiana *Giuseppe*, procedente do Rio de Janeiro, para onde fôra levada a molestia em Abril do mesmo anno pelo navio *Creola*

del Plata, vindo de Santiago de Cuba, onde a epidemia grassava com intensidade.

Na Bahia limitou-se ella nessa quadra aos tres tripolantes desembarcados da *Giuscardo* e ao sacerdote que os confessou. Em 1871, começando pelo ancoradouro, manifestou-se de Abril a Setembro em 323 casos, dos quaes falleceram 61. De Outubro em diante desapareceu completamente.

Em Fevereiro de 1876 foi novamente importada do Rio de Janeiro pelo vapor *Ville de Santos* havendo dessa data até 20 de Agosto 158 casos, com 35 de mortalidade.

Em 1878 foi ainda importada pelos vapores *Sandri-gham* e *Santos* procedentes do Rio de Janeiro. Houve nesse anno 152 casos com 41 obitos.

Em 1879 os primeiros casos observados na Bahia, em 12 de Abril, foram trazidos pela galera ingleza *Robert Lane*.

Em 1884 houve apenas 5 obitos.

Em 1885 foram recebidos no hospital de Mont-Serrat 116 doentes, sendo 99 dos ancoradouros e 17 de terra.

Em 1889 foi trazida de Santos e Rio de Janeiro pelo vapor allemão *Argentina*.

Em 1896 houve na Bahia 50 obitos por febre amarella.

Em 1897, 44 obitos.

Em 1898, 65 obitos.

Em 1899, 220 obitos.

Em 1900, 6 obitos.

Em 1901, 3 obitos, sendo 2 no hospital maritimo do Bom Despacho.

Em 1902, 1 obito no hospital maritimo.

Em 1903, nenhum caso até esta data.

Como se vê, a grande epidemia de 1849, como todas

as pequenas epidemias havidas até o presente, na Bahia, tiveram por causa a importação da molestia.

No Rio de Janeiro a febre amarella se tem mantido por períodos mais longos e com maior intensidade, devido a affluencia da immigração estrangeira e consequente augmento da população não immune.

Em seu interessante trabalho publicado na Encyclopedia de NOTHNAGEL, dizem os Drs. AZEVEDO SODRÉ e MIGUEL COURO.

“De 1861 a 1869, num espaço de sete annos, portanto, não foi observado um só caso de febre amarella em todo o Brazil, até que em 1869 foi de novo importada das Antilhas pelo navio *Creola del Plata*.

“Primeiro appareceram casos esporadicos, e a molestia de um modo geral não tinha character epidemico, visto que em todo o anno de 1869 só fez ella 274 victimas, tendo a cidade do Rio de Janeiro já naquella occasião 300.000 habitantes. Desde então continuou a febre amarella no Brazil até o presente, distinguindo-se sempre pela virulencia e gravidade de suas explosões, tão bem como por grande tendencia á propagação.

“Durante os 30 annos de seu dominio a febre amarella quasi que se limitou exclusivamente ao Rio de Janeiro e Santos, só nestes ultimos annos visitou algumas vezes o interior do Estado de S. Paulo, Rio de Janeiro e Minas. Este facto se póde explicar pela continua affluencia de immigrants estrangeiros para o Rio de Janeiro e Santos”.

Desde 1850 os annos em que a febre amarella causou maior mortandade no Rio de Janeiro foram:

1852.	1.942 obitos.
1857.	1.500 ”
1858.	1.166 ”

1860.	. . . . .	1.182	obitos
1870.	. . . . .	1.002	”
1873.	. . . . .	3.337	”
1875.	. . . . .	1.166	”
1876.	. . . . .	3.274	”
1880.	. . . . .	1.623	”
1883.	. . . . .	1.606	”
1886.	. . . . .	1.446	”
1889.	. . . . .	1.454	”
1891.	. . . . .	4.456	”
1892.	. . . . .	4.312	”
1894.	. . . . .	4.715	”
1896.	. . . . .	2.901	”
1898.	. . . . .	1.078	”

Depois de analysar a marcha das epidemias de febre amarella que se manifestaram no Brazil desde 1849, a recrudescencia, o declinio e o desaparecimento completo da molestia em alguns annos, o Dr. BERENGER-FÉRAUD se enuncia deste modo:

“Póde-se pois concluir com segurança que a febre amarella não era endemica no Brazil antes de 1849, e não se tornou endemica depois dessa época.

“E' incontestavel que este paiz offerece ao typho amaril um terreno propicio para a sua extensão epidemica, quando os germens lhe são levados, mas é absolutamente necessario que lá cheguem germens extranhos ou que os germens provenientes de uma epidemia anterior se achem fortuitamente em boas condições de evolução, para que a doença reapareça no fim de uma estação quente, quando não tenha lá reinado durante a estação fresca”. (*Traité de la fièvre jaune*, pag. 215).

Referindo-se á febre amarella em Cuba o Major Dr. GORGAS disse no recente Congresso Medico do Egypto: “Era geralmente sabido que a febre ama-

rella era endemica no Golfo do Mexico e seus arredores e que fóra de seu fóco endemico não apparecia, a não ser importada de qualquer modo”.

A commissão nomeada pelo Congresso dos Estados Unidos para estudar a epidemia de febre amarella que alli reinou com grande intensidade em 1878 declarou em seu relatório que “a molestia é exotica em todos os paizes, excepto nas Indias Occidentaes, e em todos pôde-se achar os traços de sua introdução directa ou indirectamente desde essa origem”.

Nos seculos XVIII e XIX grandes epidemias de febre amarella devastaram aquelle paiz, e a de 1878 foi uma das mais extensas e mortíferas: segundo STERNBERG, invadiu 133 cidades, atacou 74.000 pessoas e matou 15.937, causando ao paiz um prejuizo de 175 milhões de dollars.

Graças á boa orientação e poderosa energia dos Norte-Americanos, a costa meridional da America do Norte e a Ilha de Cuba já se expurgaram da infecção que as envolvia no grande circo antilhano, considerado pela policia sanitaria universal como a região amarilligena. Ao Brazil cumpre empregar os maiores esforços para expellir de uma vez o germen mortífero que ha cincoenta annos está a consumir-lhe as forças e arruinar-lhe o credito.

(*Continúa*)

A tuberculose

IV

(*Continuação da pag. 263*)

De 1891 a 1899, nos nove primeiros annos das leis de seguro obrigatorio, foram concedidas 833,185 pensões, das quaes 355,253 por velhice e 477,930 por invalidez; 536,180 pagamentos de cotisações e 20,000

casos de tratamento curativo. Sobre estas prestações pagarão-se quatrocentos milhões de marcos, concorrendo o Imperio para elles com a quota de cento e cincoenta milhões. As cotisações entradas em caixa orçárão, durante esse tempo, em novecentos e cincoenta milhões de marcos.

Tomando-se como ponto de comparação o seguro contra os accidentes, que nos casos de incapacidade total para o trabalho dá direito a uma indemnisação de dous terços do salario médio, e nos outros casos sómente a uma indemnisação proporcional á capacidade perdida, vê-se que as pensões concedidas pelo seguro contra a invalidez e a velhice são relativamente muito limitadas. E assim deve ser, porquanto, quando o operario é victima de um accidente que o inhibe para sempre de trabalhar, esta desgraça sobrevem de repente, de modo imprevisto, no vigor da idade, ao passo que a incapacidade para o trabalho consecutivo aos achaques, ás enfermidades, ao enfraquecimento geral, á velhice, emfim, é um phenomeno natural, commum a todos, e que por tanto póde e deve ser com muita antecedençia previsto e acatelado. Tal é o motivo por que o seguro contra a velhice e a invalidez limita-se a garantir ao segurado o estrictamente indispensavel ás necessidades primordiales da vida e nada mais.

Não têm, pois, razão os que a criticão pela sua modicidade, como o faz Paul Leroy-Baulieu.—*L'Etat moderne et ses fonctions*, 1930 pag. 387.

Por outro lado os encargos deste seguro pesão com igualdade tanto sobre os patrões que tirão partido da força e vigor da mocidade dos operarios, como sobre os operarios, que beneficião do séguro, e finalmente sobre o Estado, interessado no bem-estar geral.

O legislador allemão preferio neste caso abandonar o systema anteriormente adoptado para fazer face aos encargos do seguro contra os accidentes do trabalho, isto é, a repartição annual dos encargos admittidos para este seguro, para adoptar, no caso vertente, o systema da constituição de capitaes correspondentes ás pensões concedidas. Não subsiste, com effeito, ao presente caso, entre as differentes categorias de pessoas e corporações a mesma solidariiedade que no seguro contra os accidentes justifica a solução adoptada.

As cotisações para o seguro de invalidez são fixadas desde o anno de 1900 pelo systema de premios médios; é esta a razão por que neste ramo de seguro, esses premios se conservão sempre iguaes. O mesmo acontece no seguro-molestia (onde os soccorros são sempre iguaes) ao passo que no seguro, accidente, as cotisações, correspondendo ás despesas annuaes effectivas (systema de repartição), augmentão ainda até ao estado de equilibrio, em virtude do numero crescente das pessoas pensionistas.

No seguro-accidente, a cotisação annual se eleva, conforme o systema dos premios médios, a marcos 13,36 para industria, a marcos 2,54 para a agricultura, e marcos 6,08 na média.

Os operarios contribuem, pois, com menos de metade dos encargos, isto é, com marcos 14,9, sobre 33,71.

As companhias ordinarias de seguro não podem, em caso algum, offerecer tamanhas vantágens, porque, além de dependerem muito mais com a gestão, seus accionistas auferem uma parte das rendas sociaes em prejuizo dos segurados, o que não acontece no seguro obrigatorio dos operarios allemães.

CONCLUSÃO

Os tres ramos do seguro obrigatorio dos operarios —seguro-molestia, seguro-accidente, seguro-invalidéz—formam entre si, por um encadeiamento methodico, um todo completo, que veio crear para os trabalhadores *um direito novo*, que os abriga e protege contra as agruras da vida moderna e não pôde deixar de influir favoravelmente no desenvolvimento economico e social de toda a população.

V

INFLUENCIA DAS LEIS DO SEGURO OBRIGATORIO DOS OPERARIOS SOBRE A SAUDE PUBLICA

A primeira consequencia immediata do seguro obrigatorio das classes operarias contra as molestias, os accidentes e a invalidez, foi interessar a bolsa dos patrões e dos operarios no conhecimento e applicação dos cuidados de preservação contra essas causas de augmento de dispendio; dahi nasceram cursos de hygiene popular feitos pelos medicos das respectivas caixas; dahi, grandes melhoramentos hygienicos nas officinas de trabalho; dahi precauções de toda a natureza contra os accidentes do trabalho; dahi, o empenho de parte do fundo social, permittido pela lei até á importancia da metade desse fundo, na construcção de habitações hygienicas ao alcance da bolsa dos operarios, destinadas aos respectivos segurados.

Outra consequencia immediata dessas instituições foi a suppressão, quasi por completo, da indigencia, que tanto pesava outr'ora sobre a assistencia publica e entre nós pesa sobre a irmandade da Misericordia e outras. Alem dessas vantagens immediatas, permittiram as instituições de seguro obrigatorio, que as classes interessadas no conhecimento das miserias

sociaes pudessem ajuizar da frequencia de certas molestias, estudar suas causas e procurar removel-as, no interesse da saude publica, da bolsa dos operarios e patrões e dos cofres publicos. Toda a gente habilita-se dest' arte a cuidar do que mais lhe deve interessar.

As estatisticas das caixas das associações de seguro obrigatorio demonstraram, desde logo, ás classes nelle interessadas, isto é, aos patrões e aos operarios, uma verdade ha muito conhécida dos medicos e demographistas, a saber:— que a tuberculose era a causa mais frequente da invalidez e morte dos operarios; e, portanto, a molestia que, no regimen das leis do seguro obrigatorio, mais pesava sobre os cofres sociaes.

Este resultado, que pôde ser, desde logo, *apalpado e sentido* a cada balanço, pelos contribuintes, melhor do que todas as conferencias, do que toda a propaganda, preparou o espirito popular para a applicação das medidas aconselhadas pela sciencia para a prevenção e cura da tuberculose.

Era, com effeito, sabido e tinha sido desde muito provado á saçiedade: 1º, que falleciam annualmente na Allemanha, de tuberculose, mais de 130,000 dos seus habitantes, na maior parte validos e pertencentes ás classes operarias; 2º, que cerca de um terço da mortalidade geral das pessoas fallecidas nas idades de 15 a 60 annos, era de tuberculose; 3º, que cerca da metade dos autopsiados nos hospitaes allemaes, muitos dos quaes fallecidos das mais differentes molestias, apresentavam tuberculos nos seus pulmões; 4º, ainda mais, que 20 por cento das pessoas mortas por suicidio ou accidente apresentavam igualmente tuberculos nos pulmões. Todos estes factos só pudérão ser conhecidos dos interessados no dia em

que elles tiveram a oportunidade de verificá-los por si, e sobre tudo a de sentir nas algibeiras os seus effectos.

Praticamente demonstrada desta sorte, e de modo a não deixar sombra de duvida, tanto nas classes dirigen-tes, como nas massas populares, que a tuberculose era o maior flagello da população e sobretudo das classes desfavorecidas da fortuna; por outro lado, havendo sido cabalmente demonstrado pela sciencia, muito antes da creação dessas instituições de seguro: —1.º, que a tuberculose é uma molestia de natureza parasitaria, e como tal essencialmente *transmissivel*; 2.º que o parasita da tuberculose, bacteria ou planta microscopica que se encontra em grande abundancia nos escarros dos tísicos, conserva sua vitalidade, força germinativa ou virulencia, mesmo depois de secca, a menos que fique exposta por certo numero de horas á acção da luz intensa (7 horas no minimo), caso em que morre; 3.º, que desses escarros seccos e não expostos á luz, os minusculos parasitas virulentos, agitados pelas correntes do ar, pelas varredellas e espannações, sobem ao ar, com elle se misturão e penetrão nos pulmões do homem, nelle se fixão de preferencia na parte preguiçosa (apice dos pulmões) ahi se desenvolvem e dahi se diffundem se encontrão terreno proprio á sua cultura; 4.º, que esses mesmos parasitas sahem, em grande cópia, da bocca do tísico nos periodos adiantados (tuberculose aberta) com a pocira salivar, cada vez que este tosse, falla ou espirra e sobretudo com a expectoração, e, nesse estado de grande virulencia, contamina o ar da circumvisinhança, e com elle penetra igualmente tanto nos pulmões do proprio tísico como nos de todos aquelles que se achão na sua vizinhança; 5.º, que o organismo animal, como

o vegetal, outra coisa não é mais do que um aggregado de seres microscopicos, gosando de certo gráo de autonomia, comparavel á dos seres elementares microscopicos (microbios) que existem na natureza; 6.º, que a tísica, como a maior parte das molestias, outra cousa não é mais do que o resultado da luta pela vida, na qual os elementos de um territorio organico ou de todo o organismo reagem contra elementos estranhos que o invadem e se desenvolvem á custa d'elle, luta que obedece ás leis geraes da natureza, segundo as quaes a victoria fica invariavelmente ao mais forte; não foi difficil encontrar meios de fugir á lucta, fugindo á invasão, ou, caso esta haja começado, circumscrevendo-a, enquanto se reforção, por outro lado, os elementos do territorio invadido, para que estes desbaratem os invasores.

Muito antes de haver-se descoberto o parasita da tísica já se havia empiricamente reconhecido que o melhor meio de a curar, em seu começo, era collocar o tísico em condições de respirar o ar puro e de fortalecer seu organismo pelo repouso e alimentação sadia e abundante.

Este meio efficaz de curar a tísica, utilizado na Inglaterra desde o principio do seculo passado, consistia em transportar os doentes para sanatorios especiaes, collocados em regiões de altitude elevada e ar puro, submettendo-os alli a um regimen de repouso abundante e sadia alimentação. Depois da Inglaterra foi na Allemanha que, em maior escala, se utilisou desse meio para a cura da tísica, sendo que entre muitos estabelecimentos alli fundados para tal fim, a partir de meíados do seculo passado, dous gosavão e gosão ainda de reputação universal: o de Görbersdorf, fundado por Brehmer na Silesia, a 561 metros de altitude, e o de Falkenstein, fundado

por Dettweiler no Taunus, a 400 metros de altitude, perto de Frankfort sobre o Meno.

Esse meio efficaz de tratar a tísica, requer, porém, dous complementos indispensaveis, isto é, tempo e dinheiro, complementos de que não dispõe, infelizmente, a classe dos mais flagellados por ella, a dos operarios.

Coube á humanitária Associação da Cruz Vermelha allemã, a honra de haver demonstrado a possibilidade de proporcionar a todos os proletarios esse meio efficaz de cura da tuberculose, a que antes só os ricos podião recorrer, como vamos ver.

Dr. *Hilario de Gouvêa.*

Ligeiras notas clinicas

No estado normal, o numero das pulsações arteriaes diminue de 6 a 8 quando se passa da estação vertical para a situação horizontal. Este phenomeno altera-se em condições pathológicas, e HUCHARD considera as modificações d'elle importantes para o diagnostico do estado da pressão sanguinea. Nos individuos que apresentam hypertensão arterial, a differença entre o numero de pulsações nas duas posições tende a desaparecer e até a ser invertida.

Si o desvio augmenta, é signal de hypotensão arterial. Exemplo: Tendes 88 pulsações assim na estação vertical como no decubito horizontal, com mais forte razão 88 na primeira attitude e 96 ou 100 na segunda (*tipo inverso*): estaes com hypertensão arterial. Tendes 88 estando deitado e 100 ou 110 estando em pé ha hypotensão. Logo, a *instabilidade* do pulso é signal de hypotensão, a *estabilidade* do pulso, signal de hypertensão, e esta é não sómente verificada, sinão tambem medida pelo numero

inverso das pulsações nas duas posturas, a vertical e a horizontal, HUCHARD).

Na quasi totalidade dos casos, o diagnostico differencial da ascite oscilla entre os tres estados pathologicos seguintes: carcinoma abdominal e peritoneal, tuberculose peritoneal e cirrhose hepatica (CHAUFFARD).

A tachycardia observada em pessoa que se approxima dos 50 annos constitue phenomeno suspeito, que devera sempre chamar a atençaõ para o lado dos rins. Esta tachycardia, é verdade, póde estar em relação com perturbações gastricas; mas o facto é muito mais raro do que se tem supposto. Ainda quando a tachycardia não se accompanha de ruido de galope, si ha leve desordem cardiaca traduzindo-se por um pouco de hesitação na systole, mesmo não existindo albumina na urina, deve-se temer a nephrite intersticial, e investigando nesta direcção, achar-se-ão muitas vezes a oppressão, a insomnia, e as diversas perturbações que caracterizam o brightismo. Por vezes ha tambem arhythmia associada á tachycardia.

Isto leva ainda mais a pensar em uma affecção cardiaca e a digital parece indicada para combater essas irregularidades e retardar o pulso. Ora, essa arhythmia é irreductivel e em tal caso a digital só pode ser prejudicial. Trata-se de uma cardiopathia de origem renal e o tratamento renal é que se deve prescrever, isto é, antes de tudo, um regimen alimentar que forneça a menor quantidade possivel de toxinas e favoreça ao mesmo tempo a diurése. (HUCHARD).

Os hematozoarios de Laveran podem permanecer por muito tempo, ás vezes em estado latente, no organismo

de antigos paludosos. Após a cura das manifestações da molestia, os parasitas podem persistir diuturnamente no baço, quando já desapareceram do sangue. MARAGLIANO pôde achar plasmódios e fórmulas intra-globulares amiboides com pigmento no succo esplenico de indivíduos que tinham deixado as regiões palustres havia 12 annos. Assim se explica o resurgir de accessos febris ou manifestações outras da malaria, sob a influencia de varias circumstancias occasionaes, em pessoas que se suppunham completamente curadas, muito tempo depois que se affastaram do fóco de infecção.

Toda bronchite que não é bilateral e symetrica não é uma bronchite simples (LASEQUE).

E' de prognostico favoravel a conservação integral das funcções menstruaes em uma mulher tísica.

Um accesso de mania em um tísico indica fim proximo (PETER).

Após o apparecimento do edema cachetico dos membros inferiores em um tuberculoso a prolongação da vida nunca excede a um mez (MARFAN).

As materias fecaes dos hypersthenicos são, segundo A. ROBIN, mais azotadas e mais ricas em substancias inorganicas, em phosphato de calcio e de magnesio do que as fezes normaes.

Conforme as suas pesquisas, a perda de azoto pelas fezes, nos hypersthenicos, oscilla entre 12 e 13 %, sendo na media de 4 a 5 % no estado normal. As perdas mineraes no estado hygido são de 17 % mais ou menos; nos hypersthenicos attingem a mais de 30 %.

A coprostase cecal é um dos symptomas mais importantes da hypersthenia gastrica. (A. ROBIN).

Conforme as recentes investigações clinicas de ALEXANDER LION, ha, na maioria dos casos de nephrite, exaggero dos reflexos tendinosos, e, em particular, dos reflexos rotulianos. A causa é a intoxicação pelos venenos uremicos, que, em circulação no sangue, provocam irritabilidade anormal do apparelho reflexo. O phenomeno encontra-se principalmente nas nephrites parenchymatosas chronicas e nas agudas graves; é menos frequente no pequeno rim atrophico, em que a sobrevivencia é prolongada e a uremia tardia. O edema pode impedir o exaggero dos reflexos tendinosos em alguns casos de nephrite aguda ou chronica parenchymatosa, em consequencia da infiltração e compressão dos nervos, compromettendo o poder de conducção e acarretando a degeneração dos mesmos. Um exaggero progressivo dos reflexos indica uma aggravação da molestia, a diminuição, ao contrario, faz presagiar a cura, ou, ao menos, a passagem a uma forma clinica benigna.

G. M.

Revistas e analyses

S. COSTA. — *Estudo sobre a albuminuria palustre.* (Arch. de méd. et pharm. militaires, n. 6, Junho, 1903). — Neste interessante trabalho, que tem por objecto assumpto sobre que, como se sabe, as autoridades na materia não se acham de accordo, estabelece o A. as seguintes conclusões:

1. O paludismo, *ad instar* das outras molestias infectuosas, ataca os rins na proporção de 15,5 % dos casos; Provoca: a) Uma albuminuria constante, acom-

panha la de symptomas renaes (cephaléa, edemas, pollakiuria, reforço do 2º tom cardiaco no fóco aortico, hypertrophia do coração) e que parece derivar de um processo agudo ou subagudo; 6) Uma albuminuria intermittente, mas acompanhada tambem de symptomas renaes, e que parece ser a manifestação da nephrite palustre passada á chronicidade. Trata-se, apparentemente, nestes casos dessas albuminurias que TALAMON e LECORCHÉ attribuiram a "lesões par-cellulares do rim" e que TEISSIER chamou "residuaes".

2. As duas classes de albuminurias indicadas devem ser ligadas a uma complicação renal do paludismo; são precisamente *serinurias*. Comquanto mal conhecida ainda a pathogenia das nephrites paludosas, pensa o A. que, ao menos provisoriamente, podem ser imputadas, á congestão chronica do rim, á insufficiencia hepatica, á passagem atravez dos canaes renaes da bilis, da uréa, do assucar, da hemoglobina, da urobilina, á presenca dos hematozoarios nos capil-lares renaes, e talvez tambem á acção continua dos saes de quinina.

3. Relativamente ao tratamento devem ser applicadas ás albuminurias palustres as regras geraes attinentes ás albuminurias communs. Os saes de quinina não têm nenhuma acção sobre as determinações renaes do paludismo. As injecções sub-cutaneas de chlorhydrato de quinina debellam os accesos febris, deixando, porém, a albuminuria persistir integralmente. O regimen lacteo, a posição horizontal, o repouso, as pontas de fogo, podem prestar serviços. As preparações alcoolizadas (vinho quinado, etc) têm sempre effeito nocivo e convem proscriptas. A quina deve ser administrada sob outras fórmulas. A albuminuria palustre tem, em geral, começo insidioso e pode apparecer em qualquer periodo do palu-

dismo, às vezes até annos após o inicio da infecção. É ordinariamente benigna e curavel. Raramente se acompanha de anazarca e phenomenos uremicos. Importa, porém, fazer reservas a este respeito, pois que casos ha em que conduz a verdadeiro mal de Bright com todas as funestas consequencias deste. Muitas vezes tambem aggrava a infecção malarica, sombreando o prognostico e podendo determinar a perniciosidade dos accessos.

4. É preciso distinguir cuidadosamente da albuminuria renal palustre, uma albuminuria intermittente ligeira, de origem extra-renal, a qual não tem a importancia da primeira, nem comporta o mesmo prognostico. Esta albuminuria palustre não renal, precisamente caracterizada pela *globulinuria*, deve, segundo o A., ser attribuida, quer á congestão chronica do figado com hypertrophia e hyperfuncionamento, quer á globulinemia provocada pela acção dos plasmodios sobre as hematias, quer ainda á globulolyse devida aos elementos de origem hepatica não existente normalmente no sangue (bilis, etc,) ou então, e provavelmente sempre, a todas estas cousas reunidas. Esta albuminuria, que attenta a sua pathogenia, propõe o A. chama-la *hepatico-hematica*, não reclama nenhum tratamento particuliar, e desapparece com as causas que a geram: as alterações hepaticas e a infecção malarica.

G. M.

CHAUNIER. — *Condições etiologicas e natureza da paralysisia geral* (Comunicação ao Congresso internacional de Medicina de Madrid, Abril de 1903).

Conclusões:

1. As causas mais communs da paralysisia geral são, por ordem de importancia: a syphilis, o alcoolismo, a

herança, cabendo incontestavelmente a preponderância ao primeiro desses factores. 2. O papel dos outros factores etiologicos parece menos bem definido; todavia as molestias infectuosas, em particular, pareceram em muitos casos ter influido no surdir da paralyisia geral. 3. A syphilis, o alcoolismo, a herança, o mais das vezes não agem isoladamente, mas simultaneamente sobre o cerebro, para crear a paralyisia geral. 4. A syphilis, em grande numero de casos, parece ser a causa unica da paralyisia geral. 5. O alcoolismo tambem parece, em muitos doentes, ser a causa unica da paralyisia geral. 6. A herança, ao contrario, raramente intervem só na etiologia da paralyisia geral. 7. Si cada um destes tres factores basta para produzir a paralyisia geral, nenhum delles parece indispensavel. 8. A syphilis, o alcool, a herança, não exercem acção especifica sobre o cerebro, mas acção toxica, que pode ser connexa com a de outros venenos, taes como os do paludismo, do arthritismo, das doencas infectuosas, etc. 9. A paralyisia não é, pois, uma molestia syphilitica, nem alcoolica, nem hereditaria. E' uma affecção do systema nervoso, especialmente do cerebro, que parece desenvolver-se sob a influencia de causas multiplas, na primeira classe das quaes se collocam a syphilis e o alcoolismo.

O virus syphilitico e o alcool ajuntam-se aos venenos engendrados pelo estafamento (*surmenage*), o arthritismo, as molestias infectuosas, e acarretam uma inflammacção de origem toxica que ataca o *locus minoris resistentiae* dos predispostos pela herança.

TAVEL. — *Le diagnostic du siége de l'occlusion dans l'iléus.* (Rev. de chir. 1903). — Em um importante trabalho publicado com o titulo acima, resume o A. no

seguinte quadro synoptico, os symptomas da occlusão intestinal:

SYMPTOMAS GERAES

Facies. Abdominal, hippocratica.

Systema nervoso. Somno, agitação, anciedade, caimbras, calafrios.

Temperatura. Geral. Diferença entre a temperatura axillar e rectal.

Circulação. Rapidez e repleção do pulso, cyanose, hemo-diagnostico.

Respiração. Acceleração, superficialidade.

Secreção urinaria. Frequencia da micção, anuria. Indicanuria.

SYMPTOMAS FORNECIDOS PELO TUBO DIGESTIVO

E PELO PERITONEU

Lingua. Carregada, vermelha, sêcca.

Vomitos. Natureza: mucosos, biliosos, fecaloides, fecaes, hematemese. Epoca: immediatos, tardios.

Frequencia: frequentes, regulares, raros, com treguas.

Quantidade: nenhum ou copiosos.

Nauseas.

Eructações.

Soluço.

Constipação. Simultanea ou posterior á causa da occlusão, simultanea ou anterior á detenção dos gazes.

Natureza das fezes: acholicas, sanguinolentas (Signal de Cruveilhier). Melena.

Emissão de gazes. Indicadora do peristaltismo, diagnostico entre o ileus agudo e chronico.

Dóres. Localisação, acuidade ou progressividade do

começo, continuidade ou intermittencia, augmentos paroxysticos, exacerbação pelo calor.

SIGNAES FORNECIDOS PELO EXAME LOCAL

INSPECÇÃO.—*Meteorismo geral. Meteorismo regional* (signal de Laugier). Distensão da região epigástrica, da região media, moldura colica.

Meteorismo local. (signal de von Wahl-Zoëge). Alça fixada e dilatada.

*Proeminencia do umbigo, *Peristaltismo.* Aperistaltismo ou peristaltismo da alça fixada, hyperperistaltismo ou antiperistaltismo atraz do obstaculo.

Peristaltismo é synonymo de nutrição normal da alça.

PERCUSSÃO. Tympanismo, metallismo ou matidez do timbre. Derramamento livre no peritoneu (signal de Bounecken-Gangolph).

AUSCULTAÇÃO. Aperistaltismo completo ou incompleto. Auscultação do clyster (signal de Treves).

AUSCULTAÇÃO-PERCUSSÃO. Signal do ballão (Nothnagel) Transsonancia (Henschen e Rendsky).

Auscultação do attrito (Bomberg.)

PALPAÇÃO. Resistencia da alça, de um fóco. Edema. Dôr: localizada na séde da oclusão, na depressão do estomago. Signal de Kocher (levantamento instantaneo do dedo que calca). Vascolejo (*clapotement*) hydroaerico gargarejo, sensação de vaga.

Toque rectal. Sensibilidade do Douglas, de uma parede da pequena bacia. Exsudato.

Toque vaginal. Sensibilidade de Douglas, de uma parede da pequena bacia. Exsudato.

SYMPTOMAS DA OCCLUSÃO DOS DIFFERENTES

PONTOS DO CANAL INTESTINAL

São aqui deixados de lado os symptomas geraes que dependem menos da séde do que da natureza da

occlusão, da sua duração, do grau do estrangulamento etc.

Occlusão pylorica. Vomito mucoso, alimentar, misturado com sangue algumas vezes. Dejeções raras. Emissão de gases pouco frequente.

Dôres na região epigástrica e no dorso.

Dilatação estomacal mais ou menos pronunciada.

Resistência na região pylórica.

Occlusão duodeno-ampullar. Mesmos symptomas que para a occlusão pylórica, mais ictericia.

Occlusão duodenal. Vomito alimentar com ou sem bilis e succo pancreatico.

No estômago, bilis e succo pancreatico em abundancia. Os vomitos são extremamente abundantes; o doente rejeita muito mais do que ingere.

Dejeções e gases raros ou faltam completamente.

Meteorismo regional da região epigástrica.

Retracção da região sub-umbilical, a não ser que haja dilatação enorme do estomago.

Occlusão jejuno-ileica. Vomito mucoso misturado com bilis, mais tarde vomito fecaloide.

Fezes e gases quasi totalmente auzentes.

Meteorismo regional da parte media do ventre mais ou menos pronunciado, conforme a séde da occlusão é mais ou menos baixa.

Occlusão ileo-caecal. Vomito mais raro e mais tardio do que na occlusão jejuno-iliaca.

Fezes e gases faltam totalmente. Meteorismo regional sem moldura colica, sem recalçamento do figado e dos órgãos thoracicos.

Sensibilidade localisada na região ileo-cœcal.

Sensibilidade da parede direita da pequena bacia ao toque rectal ou vaginal em muitos casos.

Occlusão do angulo colico direito. O vomito é tardio, pode faltar completamente.

Fezes e gases ausentes.

Meteorismo accentuado com recalçamento mais ou menos pronunciado do diaphragma.

Dilatação do colon ascendente.

Sensibilidade pronunciada na região hepatica.

Os clysteres são bem tolerados.

Occlusão do angulo colico direito. Vomito tardio, pode faltar.

Fezes e gases ausentes.

Meteorismo pronunciado com forte recalçamento do diaphragma.

Dilatação do colon ascendente e transverso.

Sensibilidade na região do hypochondrio esquerdo.

Os grandes clysteres são menos bem supportados.

Occlusão sigmoide, iliaca ou pelviana. Vomito tardio ou ausente.

Fezes e gases ausentes.

Meteorismo muito pronunciado, moldura colica.

Recalçamento do figado e do coração, algumas vezes até o desaparecimento da matidez desses organs.

Os pequenos clysteres somente são mais ou menos bem supportados conforme a séde do obstaculo.

Quando a séde da occlusão sigmoide é iliaca, a palpação permite determinal-a; si, ao contrario, a séde da occlusão é pelvica, o obstaculo não é sentido como ponto doloroso pela palpação externa. O toque rectal ou vaginal permite então ordinariamente determinal-a.

Occlusão rectal. Vomito tardio ou ausente.

Fezes e gases ausentes.

Recalçamento muito forte dos organs.

Até os pequenos clysteres não são supportados.

O dedo chega directamente sobre o obstaculo por meio do toque rectal.

Oclusão anal. O dedo não pode ser introduzido no recto.

RENAUT. — *Poder secretorio e significação glandular dos epithelios dos tubos contorcidos do rim e valor therapeutico dos seus preproductos soluveis na agua.* (Bull. de l'Acad. de Med. Paris. 1903, 599). — Em uma importante comunicação feita em fins de Dezembro do anno passado á Academia de Medicina de Paris, o eminente Prof. RENAUT, depois de varias considerações histo-physiologicas sobre o funcionamento da glandula renal, fundadas em interessantes estudos realizados em seu laboratorio por seus discipulos REGAUD e POLICARD, e da apresentação de varias observações de nephrites e albuminuria cardiaca, tratadas com magnifico resultado pelo succo renal, estabelece. as seguintes conclusões:

1.º A maceração de rim, applicada aos doentes acomettidos de insuficiencia urinaria, constitue uma das medicações mais activas e mais efficazes que até hoje se têm proposto. Melhor do que qualquer outro meio conhecido, ella abre o rim annullado pelo edema anemico; fal-o rapidamente e seguramente, ainda quando o seu emprego não foi precedido pela depleção renal obtida por uma applicação de sanguesugas no triangulo de J. L. Petit. Exerce com rapidez efeitos diureticos intensos. Quando é sufficientemente prolongada, reduz a emissão urinaria á normal e assim a mantém. Fal-o sem exercer nenhuma vulneração sobre o rim doente;

2.º Este methodo tem sobre a mór parte dos outros a vantagem de reduzir seguramente a albumina eliminada pelo rim insufficiente, tornando a pôr este em plena actividade. Pode até fazer desaparecer a

albumina durante longos periodos. Poderia, por consequencia, ter probabilidades de favorecer, pelo repouso funcional prolongado, a restauração dos epithelios renaes de ordem glandular, nos casos, assaz numerosos, em que tal restauração é histologicamente possível;

3.º E', como descobriu e indicou logo Raphael Dubois, um methodo antitoxico de primeira ordem. A antitoxina consiste nos preproductos da secreção glandular das cellulas epithelias dos *tubuli contorti* de bordadura em escova. O facto capital indicado por Debois consiste em que essa antitoxina não é destruida por sua passagem pelo tubo digestivo: foi este facto que permittiu applical-a á therapeutica renal. Introduzida *per os* no organismo, ella ahi exerce verdadeiramente effeitos de desintoxicação. Pode, em compensação, quer desde a sua introdução, quer por sua accumulção no meio interior, provocar pequenos accidentes subtoxicos (prurido, urticaria, miliars, crises sudoræas, e no fim de uma dezena de dias um pouco de embaraço gastrico);

4.º Isto á parte, nunca determinou, nos numerosos casos em que eu e meus discipulos a empregamos, accidentes reaes. Ao contrario, exerceu a sua acção de desintoxicação de modo progressivo e regular e sem incidente, pode-se dizer. A hypertensão arterial, o galope de Traube, a tendencia do coração dos brigthicos intersticiaes á dilatação passiva terminal, retrogradaram sempre sob a sua influencia, com tanto que esta fosse mantida sufficientemente prolongada.

5.º Eis ahi, pois, um methodo therapeutico que se deve introduzir no uso corrente e applicar desde o começo em todas as nephritis. Não que devam substituir-se por elle só os outros meios therapeuticos

reconhecidos uteis até aqui; convém sómente ajuntal-o a taes meios, todas as vezes que estes não levantem uma insufficiencia renal, sobretudo se esta houver chegado ao periodo de intoxicação, quer preuremico, quer uremico confirmado.

G. M.

Sobre a presença normal do chumbo no organismo

POR

G. MELLÉRE

O estudo da localisação e da eliminação de um veneno está subordinada de alguma sorte a uma questão previa que se apresenta para cada intoxicação: "*O toxico considerado não existe no estado normal no organismo?*"

A noção do "*chumbo normal*", introduzida na sciencia toxicologica por Sarzeau (de Rennes), Hervy e Devergie (1838), depois Orfila (1846-1847, *Bull. Acad. de méd.*, t. XII), foi em seguida tratada em differentes epochas por Segrip, Ortmann, Ulex e mais recentemente Putnam. Este ultimo autor teria descoberto a presença do chumbo em 17 p. 100 dos especimens de urina fornecidos por pessoas totalmente isentas de tara saturnina.

Si se quizer considerar que a alimentação introduz diariamente ao menos $\frac{1}{2}$ milligramma de chumbo no tubo digestivo (A. Gautier), ainda nos individuos que não consomem nem conservas, nem agua de Seltz, nem outro alimento suspeito, não poderá negar a possibilidade de uma continua impregnação, portanto de uma localisação do chumbo em certos tecidos. De facto, os methodos de pesquisas muito precisos que instituímos, permittiram-nos verificar que os

orgãos de quasi todos os individuos continham chumbo em doses infimas, mas não discutiveis (1 a 2 millionesimos em media no figado e no baço). Aproveitamos especialmente para estabelecer este dado a localisação electiva do chumbo em certos phaneros (catellos, pêlos, unhas). Nossas investigações versaram, de uma parte, sobre individuos expostos por suas occupações ás poeiras plumbicas mas não apresentando nenhuma tara saturnina; de outra parte, sobre pessoas que não exerciam nenhuma das profissões occasionando o saturnismo e nos meninos. Examinamos igualmente d'este ponto de vista grande numero de placentas e fetos, assim como orgams [figados, baços, cerebros, costellas e cartilagens], provenientes das autopsias praticadas em individuos não saturninos.

Resulta destas experiencias que o organismo de individuos não saturninos pode reter quantidades mui apreciaveis de chumbo. Estas quantidades se approximam por vezes singularmente, ao menos para os phaneros, das doses pouco elevadas aliás encontradas nos saturninos, quando se opera não mais sobre sujeitos normaes, mais sobre individuos expostos ao saturnismo por suas occupações e não tendo jamais apresentado a menor affecção saturnina. *Certos individuos possuem pois uma verdadeira idiosyncrasia; uma immunidadade natural ou adquirida, que faz delles mithridatados do saturnismo* até o dia em que um desvio de regimen, uma affecção intercurrente, a insuficiencia temporaria ou definitiva dos orgams macrophagos (ou antes heterophagos) e dos emunctorios despertam a susceptibilidade do organismo.

A persistencia do chumbo em certos orgams confirma e sublinha a lenteza da eliminação deste ele-

mento bacterogeno posta em evidencia por outras observações.

Ella crêa para o chimico uma causa de erro ou ao menos de incerteza na interpretação de uma pesquisa toxicologica.

Como quer que seja, julgamos que a expressão "chumbo normal" não é exacta no sentido que o chumbo não é como o arsenico e o iodo um elemento constante e indispensavel á existencia, mas um elemento accidentalmente introduzido no organismo e mais ou menos bem tolerado por elle, segundo condições cuja apreciação nos escapa (*C. R. de la Soc. de Biol.* 1903, 25 de Abril).

Bibliographia

DR. A. AUSTREGÉSILLO—*Contribuição ao estudo da boubá.*
Typ. Espinola, Siqueira & Comp. S. Paulo. Folheto de 36 pag. com 6 estampas, das quaes 2 em cores. Este trabalho constituiu comunicação oral ao 5º Congresso Geral de Medicina e Cirurgia Brasileira e é realmente uma bella contribuição ao estudo da *framboesia tropica*. Os que se enveradaram pelo assumpto dichotomisaram-se em campos oppostos: reconhecendo uns a boubá como molestia autóchtone encarando-a outros como manifestação syphilitica. O A. põe-se entre os primeiros e funda-se para isso nas investigações clinicas e anatomo-pathologicas que emprenheu, confessando antes de tudo só haver tido sob as vistas 3 casos, o que lhe não impediu de tirar conclusões, que mais firmará por estudos posteriores e ampliativos desta nota previa. Dos tres doentes observados, dois sararam sem que a medicação especifica tivesse interferido, apenas topicos

communs e tónicos geraes promoveram o termino da molestia ou regressão e desaparecimento dos tumores boubaticos; no terceiro caso, si bem tivesse o doente usado do iodureto de potassio, foi verificado pelos internos que os tuberculos e botões ulcerados «regrediram pela applicação topica de permanganato de potassio mesmo antes do uso do iodureto».

O A. formula conclusões, subscrevendo e ampliando as publicadas pelo Dr. Affonso Henrique de Azevedo, em sua these inaugural, conclusões que aqui estampamos pela necessidade de serem conhecidas e pela importancia que para nós, no Brasil, tem o assumpto.

1º Na boubá ha reinoculação do virus em um individuo infeccionado, como demonstraram as experiencias de Gama Lobo. Na syphilis isto se não dá absolutamente.

2º Na maior parte, os easos de contagio se dão independentemente do congresso sexual. Na maioria e na generalidade na infecção syphilitica é por contacto venereo.

3º Pela inoculação boubatica só se obtém a propria boubá ao passo a inoculação da syphilis reproduz todos os caracteres do cancro hunteriano e a symptomalogia propria.

4º A boubá é muito observada na infancia, pelo contagio, sem manifestação hereditaria. Na syphilis ha quasi sempre ausencia na infancia, excepto quando ella é congenita.

5º A boubá é observada em zonas determinadas e bastante frequente na raça preta. A lues invade o globo e não escolhe raça.

6º A boubá tem tendencia a localisar as suas ma-

nifestações sobretno na pelle, a syphilis tem tendencia á generalisação.

7º Em redor das vesico-pustulas e das ulcerações a pelle conserva o seu aspecto natural; ao passo que a pelle do syphilitico em torno da lesão não conserva a côr natural tomando um matiz de cobre oxidado.

8º As ulcerações boubaticas tem os bôrdos salientes, cobertos de uma camada atoucinhada (às vezes) muito carateristica, fundo rubro, saliente assemelhando-se aos *acina* de uma amora ou framboesa. Na syphilis as ulceras são talhadas a pique não salientes com o fundo deprimido, rubro, lembrando o aspecto do fiarubre.

9º Na boubia em geral ha prurido não o havendo na infecção syphilitica.

10º Em regra não ha turgescencia ganglionar e quando ha tem os seguintes caracteres: monoganglionar dolorido e desaparece no fim de certo tempo; bem-sabemos que na syphilis os caracteres são oppostos.

11º Nenhum autor cita complicação ou lesões taes como alopecia, irites, etc. As dôres osteocopas são raras e ainda mais raras as lesões osseas. Na syphilis tudo pelo carnáz.

12º Prognostico em geral benigno o da boubia com tractamento affectuavel sem especificos. Na syphilis prognostico grave e absoluta nescessidade de mercurio.

Eu accrescento: não ha registado affecções para boubaticas; localisações gommosas visceraes; hereditariiedade para—boubatica ou a boubia congenita. Nos hospitaes da Europa não se registam casos de boubia, excepto os importados das Colonias. Nos tractados dos pathologistas brasileiros como os de Torres Ho-

mem, Martins Costa, não são assignalados endocardites, aortites, affecções nervosas boubaticas, si bem o inequalavel mestre Torres Homem diga que a boubá possa degenerar em syphilis e vice-versa. Isto é uma vista theorica e absolutamente hoje abandonada.

Em um muito bem feito memorial sobre a questão, Numa Rat publicou no *Journal of Tropical Medicine* (Julho, 1902, pag. 205) um resumo sobre as questões principaes sobre Yaws. Elle dá as principaes differenças entre a boubá e a syphilis.

1.º A boubá (yaws) é limitada aos tropicos.
2.º Pode ser uma geral ou local molestia.
3.º Seu microorganismo pode existir no solo.
4.º Não é hereditaria.
5.º É raramente contrahida pela approximação sexual.

6.º É raramente observada na infancia (1)

7.º É *communmente* entre o fim da infancia e o 30.º anno de vida, pelo menos 51 % dos casos occorrem neste periodo.

8.º É somente em cerca de 8 % dos casos que ocorre entre 20 e 30 annos de idade.

9.º A lesão primaria é muita vez uma ulcera e nunca um cancro syphilitico.

10.º Sua primaria lesão apparece 2 semanas depois da inoculação.

11.º Sua erupção secundaria apparece cerca de 10 semanas depois da erupção inicial.

12.º A sua erupção secundaria não é symetrica.

13.º Sua erupção secundaria é monomorpha, sendo

(1) No Brazil não é tão rara assim,

a escama, a papula e o tuberculo grãos de desenvolvimento.

14.º Sua erupção secundaria é caracteristicamente fungoide.

15.º Seu estadio secundario nunca é attingido por lesões das mucosas das fauces.

16.º Nunca produz alterações oculares.

17.º Nunca invade outras visceras nervosas.

18.º Ataca os ossos, não no interior delles, isto é, de dentro para fóra, mas de fóra para dentro, por propagação do processo inflammatorio de tecido circumvisinho cutaneo.

19.º A boubá (yaws) apresenta as seguintes differenças histo-pathologicas da syphilis: *Positivas:*

a) Maior extravasação de leucocytyos polynucleares; (*b*) notavel hyperkeratosis; *c)* maiores alterações proliferativas epitheliaes (excepto no condylomas.) *Negativas:*

a) Infiltração de *plasmacellen* pouco densa; *b)* arranjo linear destas pouco notadas; *c)* nenhuma fibrillação dos plasmomas; *d)* cellulas gigantes e choriplacas nunca observadas; *e)* nenhuma ramificações de tecido conjunctivo; *f)* collageneo pouco resistente e não organizado; *g)* ausencia de degeneração hyalina ou colloidal de estroma fibroso; *h)* nenhum notavel espessamento ou proliferação endothelial das paredes dos vasos».

Que o illustre scientista nos dê em breve o resultado completo do seu esforço, servido pela erudição se reflectindo nas suas publicações e guiado pela intuição viva e clara, que lhe é peculiar, do feittio que devem ter as modernas investigações medicas.

A. A.

Medicamentos novos

CUPROL

É uma nucleide cuprica, que contém 6 % de cobre. Em solução aquosa a 10 % aquecida e misturada com 0,5 % de chloretona, produz, segundo SICHERER, excellentes effeitos no tratamento das affecções agudas e chronicas da conjunctiva. A irritação provocada pelo cuprol é muito ligeira; o emprego deste producto não causa dôr alguma e determina, nas molestias mencionadas, a desaparição rapida do rubor, da inchação e da secreção. Sobretudo na conjunctivite phytenuar é que se manifestam claramente as vantagens do cuprol. Nas conjunctivites chronicas é bom, segundo SICHERER, servir-se do cúprol em pó. SNELL aconselha, nos casos graves de conjunctivite granulosa, fazer cada dia pulverizações de cuprol; nos casos mais brandos, esta applicação de pó só será feita 2 ou 3 vezes por semana. Durante os intervallos do tratamento pelo pó de cuprol dever-se-ão praticar instillações com uma solução de cuprol a 5 %. (*Ann. Merck*)

VIOFORMIO

Segundo SCHMIEDEN, o vioformio é destinado a tornar-se o antiseptico preferido do medico pratico para o tratamento das feridas, pois que corresponde a tudo que se pode pedir a um medicamento desse genero. Tem acção bactericida e especialmente antituberculosa, é quasi desprovido de toxicidade, é inodoro, não produz effeitos irritantes, sua acção é muito persistente, de sorte que se pôde deixar, duas semanas inteiras, tampões de gaze vioformada nos focos abertos e excisados; em uma palavra, este medicamento possui todas as boas qualidades do iodoformio sem ter os defeitos deste (*Ann. Merck*).

Medicina pratica

TRATAMENTO DA LITHIASE BILIAR

A) *Tratamento do accesso.*

1.º Repouso no leito;

2.º Dieta hydrica; leite gelado em muy pequenas doses;

3.º Applicações quentes sobre o hypochondrio direito; cataplasmas, compressas humidas cobertas com taffetà gommado. Pulverizações de chlorureto de ethyla.

Applicações de salicylato de methyla (XXX a L gottas), de pomada belladonada (3 gr. de extracto para 30 gr. de vaselina); de:

Oleo de amendoas doces..... 20 gr.

Guaiacol..... 10 gr.

Ou de:

Alcoolato de hortelã pimenta.....

Balsamo de Fioravanti.....

Glycerina.....

Chloroformio.....

Banhos mornos a 35º-36º.

Inhalações da mistura seguinte:

Alcool..... 4 gr.

Chloroformio..... 8 gr.

Ether sulfurico..... 12 gr.

Poção com agua chloroformada:

Agua chloroformada..... 150 gr.

Agua de tilia..... 100 gr.

Xarope de flores de lorangeira..... 50 gr.

Ajuntae (*ad libitum*):

Chlorhydrato de morphina..... 0 gr. 02.

Capsulas de ether mylavalericano:

Valerianato de amyla..... III gottas.

Ether sulfurico..... IV gottas.

Para 1 capsula de gelatina. Tomar 6 capsulas, 2 a 2, de meia em meia hora.

Experimentae o azeite dôce:

Oleo de oliveira.....	200-400 gr.
Cognac.....	25 gr.
Gemma de ovo.....	n.º 2.
Menthol.....	0,50.

Ou o oleo simplesmente com essencia de anis (tomar de 2 vezes com $\frac{1}{2}$ hora de intervalo).

Administrar o chloral em clysteres:

Chloral.....	2--3 gr.
Leite.....	200 gr.
Gemma de ovo.....	n.º 1

Ou antipyrina:

Agua fervida.....	125 gr.
Laudano de Sydenham.....	X gottas.
Antipyrina.....	2 gr.

Sppositorios opiaceos e belladonados;

Extracto de belladona.....	} a ã
" de opio.....		0 gr. 02
Manteiga de cacau.....	2 gr.

Para 1 suppositario, 5 no maximo nas 24 horas, com intervalo de 1 hora uns dos outros.

Em ultimo recurso, fazer uma injeção de morfina associada á atropina:

Chlorhydrato de morfina.....	0 gr. 10
Sulfato de atropina.....	0 gr. 01
Agua distillada de louro-cereja....	20 gr.

Injectar 1 c. c.

B.) *Tratamento da tiliase.*

Regimen alimentar:

Carnes assadas, em quantidade moderada, ovos, legumes verdes, fructos, queijos frescos.

Prohibir as substancias gordurosas, os pratos condimentados, as carnes salgadas, as caças, os mariscos,

a couve, os cogumelos, as bebidas alcoolicas, as aguas selenitosas, as aguas gazozas.

Tratamento hygienico:

Exercício, vida ao ar livre, fricções com alcool, loções frias.

Administrar o benzoato e o salicylato de sodio:

Benzoato de sodio..... 0 gr. 30

Salicylato de sodio..... 0 gr. 60

Para 1 capsula, 3 por dia, durante 10 a 20 dias por mez.

O bicarbonato de sodio, o benzoato de lithina:

Benzoato de lithina..... 0 gr. 30

Bicarbonato de sodio.... 0 gr. 60

Para 1 capsula, 2 por dia, com um copo de agua de Vichy.

Ou uma colher de chá de sal Carlsbad, pela manhã em jejum, em um copo de agua de Vichy tepida.

Prescrever de vez em quando laxativos cholagogos, podophyllina, evonymina, etc.:

Extracto de rhuibarbo..... 0 gr. 10

” ” de meimendo.....

Podophyllina.....

Sabão medicinal.....

a ã

0 gr. 05

Para 1 pilula (HUCHARD), 1 a 2 por dia.

Ou:

Evonymina..... 0 gr. 05

Extracto de meimendo..... 0 gr. 01

Para 1 pilula. Tomar até 4.

FERRAND recommenda a glicerina: 1 a 2 colheres de chá em agua de Vichy; CHAUFFARD o oleo de Harlem: 1 a 2 capsulas de Ogr. 20, para tomar a noite ao deitar, em uma taça de infusão de Boldo.

Depois, administrar o succo de limão (20 a 30 gr), de manhã em jejum.

Tratamento hydro-mineral:

Vichy, Vals, Carlsbad, Marienbad, ou para os doentes enfraquecidos. Vittel, Pougues, Martigny, Contrexeville.

(G. LYON).

Varia

INOCULAÇÃO DO CANCRO SYPHILITICO AO MACACO

A' Academia de Medicina de Paris apresentaram recentemente os Snrs. ROUX e METCHNIKOFF (Sessão de 28 de Julho de 1903) uma joven chimpanzé, á qual haviam inoculado, no prepucio clitoridiano, materia de um cancro duro. Não houve immediatamente lesão superficial alguma; as escarificações curaram-se normalmente. No fim de 25 dias e meio, manifestou-se uma pequena vesicula na região clitoridiana inoculada, vesicula que, evoluendo-se, apresentou rapidamente todos os caracteres proprios do cancro duro syphilitico. Na data da communicação, a experiencia havia começado ha 46 dias, o cancro ainda existia, mas nenhuma outra manifestação syphilitica se tinha produzido. Acredita METCHNIKOFF que o resultado feliz das suas experiencias, em contrario do que succedem a outros experimentadores, provém de haver recorrido a macacos anthropoides, que são os que mais se aproximam do homem. Examinando o dito chimpanzé, diz FOUNIER ter reconhecido, "com grande estupefacção um typo perfeito de cancro syphilitico. Ha ahi não só todos os caracteres objectivos do cancro infectante, sinão tambem vêm confirmar o diagnostico a incubação e o bubão característicos. Em quatro semanas saberemos si a infecção se generalizou ou não. Espero esta data com anciedade e esperança, pois

si a syphilis fôr inoculada aos animaes, que de problemas importantes poderão ser encarados e resolvidos. Talvez estejamos novamente na vespera dessas descobertas a que a casa de PASTEUR nos tem habituado, e que são não só uma honra para a sciencia, mas tambem um beneficio para a humanidade.

Suppondo que não appareçam manifestações ultteriores, diz DU CASTEL, não deixaria de ficar factô adquirido que esse animal teve uma syphilis, que haveria parado no accidente inicial, como acontece por vezes em alguns humanos privilegiados. HALLOPEAU manifesta a respeito a mesma opinião.

ARVORES GIGANTES

A Australia é que possui as arvores mais altas do mundo, dois eucalyptos, dos quaes, um "o Tio Samuel", tem 122 metros de altura e 12 m. 50 de circumferencia, o outro, "o Big Ben", respectivamente 128 m. e 17 metros, A floresta de Fernshaw, que encerra estes gigantes, está situada entre Melbourne e Sidney. (*La Nature*).

A platina começa a tornar-se rara, o que inquieta os industriaes e os sabios: Em 1883 um kilogramma valia 500 francos; em 1901, 2600 francos. A sua produccão attinge apenas 6000 kg. actualmente, e o seu consumo excede 7500 kg. Tem sido preciso refundir os objectos fóra de uso para satisfazer os pedidos. (*Idem*).

Refero o Sr. MAITLAND RAMSAY, na *Lancet* [16 Maio 1903] o interessante caso de um homem cego de nascimento, em consequencia de uma dupla cataracta congenita, que adquiriu a vista, quando já contava 30 annos de idade, após operacão feita por

aquelle cirurgião. É curiosa a descripção das ignotas e extranhas sensações que foi experimentando com o uso do novo sentido, das perplexidades que ellas lhe causavam, bem como do rapido progresso com que foi obtendo os novos conhecimentos relativos ao exercicio dos orgams visuaes.

PREMIO NOBEL

O premio NOBEL relativo á medicina foi conferido, em 1902, pela junta professional do Instituto Medico-Cirurgico do Carolina, a RONALD ROSS, em virtude dos importantes trabalhos deste illustre investigador concernentes á malária.

PESTE DE LABORATORIO

O DR. SACHS, joven medico austriaco, que trabalhava, este anno, no Instituto para as molestias infectuosas de Berlim, em pesquisas bacteriologicas sobre a peste, foi acommettido por este morbo, sob a fórma pneumonica, e succumbiu ao fim de 3 dias.

O diagnostico foi certificado em vida pelo exame bacteriologico e confirmado pela autopsia. Não se sabe, ao certo, como se deu a infecção, mas suppõe-se, como a hyppothese mais provavel, que foi devida a algum descuido do DR. SACHS quando, 6 dias antes do irromper da molestia, aspirava com uma seringa o conteúdo do bubão pestilento de uma cobaia para fazer culturas. Um enfermeiro que cuidou do inditoso investigador, tambem adoeceu com symptomas analogos; do muco do seu nariz isolou-se o bacillo pestifero. Procedeu-se logo ás injecções do sôro especifico, que determinaram rapidamente a queda da febre, pondo o doente fóra do perigo.

G. M.

Chronica e noticias

CONGRESSO MEDICO LATINO AMERICANO.—De 3 a 10 de abril proximo reunir-se-á em Buenos-Aires um congresso medico, segundo no genero realizado em terras da America do Sul, nelle podendo tomar parte os medicos e cirurgiões; os chimicos, pharmaceuticos e naturalistas; os engenheiros e architectos sanitarios, os demographos; os veterinarios; os dentistas.

O Congresso dividir-se-á em oito secções: 1.^a Anatomia descriptiva e comparada. Histologia Embryologia e Teratologia. Physiologia. Physica e chimica biologicas. Pathologia geral e experimental. Bacteriologia. Parasitologia. Anatomia pathologica. 2.^a Medicina e suas especialidades: Neurologia, Psychiatria, Pediatria, Therapeutica, Semiologia, Dermatologia, Syphiligraphia e Epidemiologia. 3.^a Cirurgia e suas especialidades: C. urinaria, Oto-rhino-laryngologia, Ophtalmologia, C. da infancia, e Orthopedia Obstetricia. Gynecologia e C. abdominal. 4.^a Hygiene Publica. Climatologia. Medicina publica. Assistencia publica. Organisação sanitaria. Hyrgia. Medicina legal. Medicina militar e naval. Cirurgia militar e naval. Demographia e estatistica sanitaria. 5.^a Pharmacia e chimica. 6.^a Technologia sanitaria: Sciencias do engenheiro e architecto applicadas á hygiene. 7.^a Policia veterinaria. Enfermidades contagiosas dos animaes. Medicina veterinaria em geral. 8.^a Pathologia dentaria. Dentistica operatoria. Therapeutica dentaria. Prothese dentaria, Hygiene. Ensino odontologico. Dentistica legal.

A commissão central, a cuja frente se acha o Dr. E. Coni, escolheu, para promover a representação da classe medica brasileira nesse certamen scientifico uma commissão constituida pelos Drs. *João Baptista*

de *Lacerda*—Presidente; *Afranio Peixoto*—Secretario; *Antonio Augusto de Azevedo Sodré*, *J. Azevedo Lima e Moncorvo Filho*—Vogaes.

Por sua vez estes Srs. nomearam os seguintes delegados, que nos Estados facilitarão as relações dos medicos adherentes com a Commissão Central Brasileira:

Drs. Jorge de Moraes, Manáos; Luciano de Castro, Belem; Almir Nina, Maranhão; Nogueira Parana-
guá, Therezina; Barão de Studart, Fortaleza; Paula Antunes, Natal; Eugenio T. de Britto, Parahyba do Norte; Octavio de Freitas, Recife; Sampaio Marques, Maceió; J. Rodrigues Dorea, Aracajú; Alfredo Andrade, Bahia; J. Lórdello dos Santos Souza, Victo-
ria; Jorge Pinto, Nitheroy; Cicero F. Rodrigues, Bello Horizonte; Victor Godinho, S. Paulo; João Candido Ferreira, Curitiba; Luiz Gualberto, S. Fran-
cisco do Sul; Olintho de Oliveira, Porto Alegre.

Os relatorios e contribuições escriptas para o Congresso devem ser enviadas ou prevenidas com alguma antecedencia.

A contribuição de cada congressista ou adherente, importa em uma libra esterlina, dando o direito não só a tomar parte nas reuniões, como a receber todas as publicações do Congresso. A apresentação do bilhete de admissão ao Congresso, dá direito a 15 % de abatimento nas passagens de ida para Buenos-Airés e 20 % nas de vinda, nas Companhias transatlanticas *Royal Mail e Messageries Maritimes*.

O prazo de 28 de Fevereiro de 1904 é concedido para se acharem no Rio de Janeiro as adhesões, quotas e relatorios dos Congressistas.

Permutas

<i>Brazil Medico</i>	Rio de Janeiro.
<i>Revista da Sociedade de Medicina e Cirurgica</i>	Rio de Janeiro.
<i>Revista de Medicina</i>	Rio de Janeiro.
<i>Revista Medico-Cirurgica do Brazil</i>	Rio de Janeiro.
<i>Tribuna Medica</i>	Rio de Janeiro.
<i>Jornal da Ordem Medica Brasileira</i>	Rio de Janeiro.
<i>Revista Medica</i>	S. Paulo.
<i>Gazeta Clinica</i>	S. Paulo.
<i>Revista Pharmaceutica e Odontologica</i>	S. Paulo.
<i>A Medicina Contemporanea</i>	Lisboa.
<i>A Medicina Moderna</i>	Porto.
<i>Novidades Medicas Pharmaceuticas</i>	Porto.
<i>Revista Medica do Chile</i>	Santiago.
<i>Revista Farmaceutica Chilena</i>	Santiago.
<i>La Semana Medica</i>	Buenos-Aires.
<i>Anales del Departamento Nacional de Hygiene</i>	Buenos-Aires.
<i>Revista Obstetrica</i>	Buenos-Aires.
<i>La Lucha Anti-tuberculosa</i>	Buenos-Aires.
<i>Revista Medica del Uruguay</i>	Montevideo.
<i>Revista del Centro Farmaceutico Uruguay</i>	Montevideo.
<i>La Cronica Medica</i>	Perú.
<i>Gaceta Medica de Venezuela</i>	Caracas.
<i>Gaceta Medica Catalana</i>	Barcelona.
<i>Archivos de Ginecopatia, Obstetricia y Pediatrica</i>	Barcelona.
<i>Archivos de Terapeutica de las Enfermedades Nervosa y Mentales</i>	Barcelona.
<i>Le Progrés Medical</i>	Paris.

<i>Archives de Medecine et de Chirurgie Speciales</i>	Paris.
<i>Archives de Medecine Navale</i>	Paris.
<i>Journal d'Hygiene</i>	Paris.
<i>Journal de Medecine et de Chirurgie Pratique</i>	Paris.
<i>Le Journal de Medecine de Bordeaux</i>	
<i>Le Nord Medical</i>	Sille.
<i>The Medical Bulletin</i>	Philadelphia.
<i>The Monthly Cyclopedia of Practical Medicine</i>	Philadelphia.
<i>Pacific Medical Journal</i>	S. Francisco.
<i>Occidental Medical Times</i>	S. Francisco.

