

# Gazeta Medica da Bahia

PUBLICAÇÃO MENSAL

VOL. XXXV

MARÇO 1904

NUMERO 9

## Clinica Propedeutica

Summario dos casos clinicos occorridos, durante o anno lectivo de 1903, na enfermaria de *Sant'Anna* (secção de Propedeutica), a cargo do

**Dr. João A. G. Eróes**

(Substituto da Faculdade de Medicina)

(Continuação)

*Cirrhose hepatica.*— Houve um caso de cirrhose de HANOT e quatro de cirrhose de LAENNEC, todos estes com precedentes alcoolicos confessados e occorridos em lavadeiras e cosinheiras.

Em todas as doentes existia ascite, tendo sido feita a paracentese abdominal e instituido o regimen lacteo moderado, ao lado da medicação apropriada, utilizando-me do arrhenal como medicação tonica supplementar, com proveito manifesto.

Foi feito o exame do liquido ascitico de uma das doentes de cirrhose atrophica do figado, sendo o seguinte resultado:

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Volume .....                                     | 6.200 c.c.            |
| Densidade.....                                   | 1015                  |
| Reacção.....                                     | alcalina              |
| Côr.....   | amarella esverdinhada |
| Transparencia .....                              | manifesta             |
| Aspecto.....                                     | limpido               |
| Albumina, predominando<br>a variedade serina.... | 168 gr.               |
| Pigmentos biliares.....                          | traços                |

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Acidos biliares..... | nada      |
| Glycose.....         | vestigios |
| Acido urico.....     | nada      |

*Cito-Diagnostico:*

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Mononucleares..... | grande quantidade  |
| Lymphocytos.....   | pequena quantidade |
| Hemacias.....      | rara               |

*Retalhos endothelias*

O resultado do cito-diagnostico nos 4 casos de cirrhose atrophica do figado com ascite foi identico ao que acabamos de transcrever, notando-se que muito diverge do que obtive, em Novembro de 1902. em uma doente, em quem firmei egualmente o diagnostico de cirrhose de Laennec, como se vê:

Cito-diagnostico

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <i>Lymphocytos</i> ..... | grande quantidade |
| Mononucleares.....       | raros             |
| Polynucleares.....       | raros             |

*Cellulas mononucleares gigantes*

Tractar-se-ia neste caso de uma infecção peritoneal pelo bacillo de Koch associada á cirrhose hepatica? Tudo leva a crer que assim tenha sido, conhecida que se acha hoje a possibilidade de tão funesta associação; não foi, no entanto, tentada a pesquisa do bacillo pela *inoscopia*, que jazia ainda no dominio do desconhecido, nem mesmo outro qualquer meio bacteriologico, tendente a tirar a limpo a questão (cultura, inoculação, sero-diagnostico). A punção abdominal foi praticada 3 vezes na doente a que me refiro, extrahindo-se successivamente, de 30 em 30 dias, 14 litros, 11 litros e 6 litros, sendo que não se reproduziu mais a ascite até a presente data, passados já 15 mezes.

Tambem no anno de 1902 recolheu-se á enfermaria

uma doente com aspecto de cirrhotica, typo de LAENNEC, em quem só a paracentése abdominal revelou a natureza hemorrhagica da ascite, dando sahida a 7 litros de liquido, restando ainda mais ou menos 5 litros, que receei extrahir, attenta sua natureza hematica.

O exame microscopio revelou a existencia de 120,999 hemacias por m.m.<sup>3</sup> do liquido ascitico.

A doente tinha splenomegalia bem pronunciada, sendo petrea a consistência do baço; além disto, existia hypertrophia das paredes de todo o grosso intestino, facilmente palpavel atravez a parede abdominal, uma vez evacuada grande parte do liquido ascitico, e atrophia hepatica ascentuada.

A paciente foi vista por quasi todos os clinicos do Hospital, surgindo muitas hypotheses diagnosticas, sem que nenhuma se podesse installar com visos de veracidade.

Abatida nos dias que se seguiram á paracentése, recobrou a doente forças com facilidade e não quiz absolutamente permanecer mais tempo na enfermaria, ausentando-se com o volume quasi primitivo do ventre, pois o liquido se reproduzira com facilidade.

Seu estado morbido se mantinha assim desde 11 mezes.

Em todas as 4 doentes de cirrhose de LAENNEC, recolhidas em 1903 á enfermaria a meu cargo, o exame urológico revelou--diminuição do volume nycthemeral, ligeiro augmento da acidez, diminuição consideravel dos materiaes solidos de conjuncto, diminuição da uréa e dos chloruretos, grande excesso de urobilina e, no caso que figurou acima com o exame do liquido ascitico, albuminuria ligeira (0 gr, 25%).

A proposito da urobilina, considerada como reveladora de dyshepatia, devemos nos referir, embora

succintamente aos estudos de GILBERT e HERSCHER, publicados o anno passado, sobre a origem renal da urobilina, em que concluem os auctores negando á urobilinuria o valor que se lhe reconheceu até agora de elemento revelador de insufficiencia hepatica e admittindo apenas que só raramente possa ser a urobilina o "pigmento do figado doente", porque é derivada dos pigmentos biliares existentes no sangue e formada ás custas destes pelo rim (v. *Gaz. Med. Bahia*, n.º 9—1903).

Que os auctores citados tenham provado a origem renal da urobilina na grande maioria dos casos, não ha duvidar, uma vez lida sua communicação á Sociedade de Biologia de Paris; mas d'ahi a concluir pelo nenhum valor semeiologico da urobilinuria sob o ponto de vista do funcionalismo jecoral é que não posso comprehender, desde que reconhecem elles que a urobilina se forma no rim *às custas dos pigmentos biliares*, existentes no sangue; ora, normalmente não ha bilis no sangue e, quando tal succede, a significação clinica do facto implica hypo-funcção hepatica, insufficiencia jecoral, molestia da cellula hepatica; d'ahi conclusão logica inteiramente contraria ao asserto de GILBERT e HERSCHER e de accordo com o que estava estabelecido até então, devendo-se reconhecer, comtudo, que, em vez de indicio direito, é a urobilinuria signal indirecto, mas real de dyshepatia.

*Epilepsia.* Em um dos dous casos de epilepsia convulsiva, houve obnubilção da consciencia durante os 3 primeiros dias que se seguiram á serie de ataques convulsivos, em numero de 16 no dia da entrada da paciente, segundo informação da irmã de Caridade.

A doente que tivera impulsões de automatismo ambulatorio, querendo, á viva força, abandonar o Hos-

pital, ao voltar ao seu estado normal não comprehendia como se achava na enfermaria, ficando muito consternada ao ter certeza de que fóra recolhida ao Hospital.

Era um caso de epilepsia symptomatica dependente de infecção syphilitica, anteriormente adquirida pela paciente.

Tractada do accesso comicial, foi posteriormente submettida a doente ao tractamento especifico pelo mercurio e o iodureto de potassio, de concumitancia com a medicação polybromurada, retirando-se, a suas instancias reiteradas, do Hospital, onde ficara mais um de mez, sem apresentar nenhum outro accesso ou manifestação comicial de outra qualquer forma.

Na outra doente de *mal de Hercules* tentei a medicação bromurada pelo methodo do prof. GILLES DE LA TOURETTE, sem conseguir nenhum resultado de valor, em vista de se não poder manter os doentes a contragosto no Hospital e tambem por não comprirem elles a promessa exigida de voltar de vez em quando á *sala do banco* do Hospital, para se continuar uma obsevação encetada, com o rigorismo actualmente exigido em sciencia.

Si na clinica hospitalar não se me deparou azo de experimentar a medicação polybromurada pelo methodo citado, tive ensejo de fazel-o na clinica civil em alguns doentes, tendo colhido até hoje resultados animadores; verdade é, porém, que o methodo exige muita persistencia do medico, grande paciencia do doente e da familia deste, circumstancia que não raro prejudica o tratamento pelas interrupções a que dá lugar, fazendo perder dest'arte grande parte do terreno ganho á molestia.

A formula que costumo prescrever é a mesma do professor GILLES DE LA TOURETTE, alterando uma

vez por outra o vehiculo e o volume total prescriptos, conforme as circumstancias de cada caso.

Eil-a:

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| Bromureto de potassio.....   | 40 gr.                        |
| "    "    sodio .....        | }    ãa                       |
| "    "    ammonio .....      |                               |
| Benzoato de sodio.....       | 10 gr.                        |
| Agua distillada fervida..... | 1.000 c. c.                   |
|                              | 15 c. c. = 1 gr. de bromureto |

O doente usará esta formula em doses de 15 grammas, progressivas e regressivas, por periodos de 3 semanas, guiando-se o medico para a determinação da dose sufficiente pela reacção preguiçosa dos reflexos pupillares e por certo gráo de mydriasis.

O tratamento dura em media 3 annos — 10 a 15 mezes para conseguir-se a suppressão dos accessos, um anno de periodo de estadio e 6 mezes de diminuição progressiva dos bromuretos até sua suppressão.

Uma vez obtido certo gráo de dilatação pupillar, cumpre não augmentar mais a proporção de bromuretos ingeridos, sob pena de se manifestarem signaes inequivocos de bromismo; tem-se conhecida assim a dose maxima tolerada pelo doente, (supponhamos 8 gr. por dia), que a tomará durante a primeira semana ingerindo 7 gr. na 2<sup>a</sup>. semana. 6 grs. na 3<sup>a</sup>. semana 8 gr. na quarta semana e assim por diante.

Desde que o estado de mydriasis é o pharol do tractamento da epilepsia pelo methodo citado, é obvio que a belladona deve ser proscripta da therapeutica empregada.

*Ankylostomiasis.* Causou-me grande surpresa a verificação de dois casos unicos de hypohemia intertropical no correr de 8 mezes, na secção de propedeutica da enfermaria de *Sant'Anna*, habituado que

estava a contar por dezenas os doentes *oppilados*, que annualmente se recolhiam aos leitos da clinica propedeutica na enfermaria de *S. Vicente*, durante os 6 annos em que tive a honra de ser assistente da referida clinica.

Está, pois, se impoñdo o asserto, que me não apresso em asseverar, de que n'este Estado é a *hypohemia* muito mais frequente no sexo masculino do que no feminino.

Ambas as doentes achavam-se no terceiro periodo da molestia, com edemas generalizados e incapazes do menor esforço, tendo sopros cardio-vasculares bem pronunciados, anorexia rebelde e diarrhéa incoercível em uma dellas, que veiu a succumbir.

O exame microscopico das fezes desmonstrou a existencia de ovos de *ankylostomas*, de *trichocephalos* e de *ascarides*, com predominancia dos primeiros, sendo as doentes submettidas ao tratamento pelo *thymol*, embora na dóse de 3 gr. em vez de 6 gr, attendendo ao seu estado precario de *miseria physiologica*.

A doente que falleceu tinha, além do exposto, *hypertrophia* do figado e do baço, *albuminuria* ligeira (0,gr25:1000) e o gráo mais pronunciado de anemia que jamais presenciéi.

O *exame do sangue* revelou:

Descoramento pronunciado.

Fluidez exagerada e facil escoamento.

Coagulabilidade difficil.

Densidade = 1040 (processo de *Hammerschlag*).

Porporção de hemoglobina ..... 5 % (!)

(hemometro de *Fleischl*)

Riqueza globular por mm. 2/:

Hemacias ..... 1:250.000

Leucocytos ..... 6.000

Existia *poikilocytose*.

Formula hemoleucocytaria:

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Polynucleares.....        | 64 %  |
| Lymphocytos.....          | 19 %  |
| <i>Eosinophilos</i> ..... | 9 %   |
| Mononucleares.....        | 8 %   |
|                           | <hr/> |
|                           | 100   |

Em outro caso de ankylostomiase que observei era o seguinte o equilibrio leucocytario:

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Polynucleares.....        | 50 %  |
| Lymphocytos.....          | 19 %  |
| <i>Eosinophilos</i> ..... | 19 %  |
| Mononucleares.....        | 10 %  |
|                           | <hr/> |
|                           | 100   |

*Berberi*. As duas doentes de beriberi, forma edematoparalytica, succumbiram na enfermaria, de onde não consegui fazel-as remover, apesar de muitas instancias empregadas para esse fim.

Eis o resultado do exame urologico de uma das enfermas, em quem o quadro morbido impunha o diagnostico ao mais calouro dos enfermeiros.

|  |           |
|--|-----------|
| Volume nycthemeral.....                  | 400 c. c. |
| Elementos fixos.....                     | 18 gr, 64 |
| Acidez (total acidimetro Gautrelet)..... | 9 gr      |
| Chloruretos.....                         | 6 gr, 50  |
| Uréa.....                                | 14 gr, 70 |
| Acido urico (app. de Ruhemann).....      | 0gr, 46   |
| Acido phosphorico.....                   | 1 gr, 60  |

As conclusões uro-semeiologicas a deduzir deste exame, segundo estabeleceu Gautrelet (\*) são as se-

---

(\*) J. Fróes—Man. Semeiol. Urina.



guintes, inteiramente de accordo com a evidencia dos factos clinicos: *congestão hepatica generalisada, má elaboração gastro-intestinal, hypo-acidez gastrica, prisão do ventre.*

Outros exames urologicos tenho feito no beriberi, mas ainda em numero insufficiente para a deducção de uma media scientifica que mereça fé.

*Molestia de Banti*—Era uma doente, de côr branca, 28 annos, pequena estatura, constituição debil, enferma desde 4 annos, iniciando-se a molestia por progressivo incremento de volume do baço, que constituia, no momento do exame, um esplendido *specimen* de splenomegalia, que foi bem apreciado pelos alumnos.

De antecedentes pathologicos accusava unicamente accessos repetidos de febres que qualificou de *sesões* e de que se achava livre havia muito tempo, para mais de 6 annos.

Começara a molestia pela *dureza* ao lado esquerdo do ventre, acompanhada então de dores vivas que desapareceram completamente e foram sem duvida causadas por perisplenites, de que existem, como vestigios inilludiveis, attritos splenicos audiveis e palpaveis, bem accentuados na phase inspiratoria da respiração.

Não se recordava de ter sido acompanhada de reacção febril a molestia actual em seus primordios, tendo-se recolhido ao Hospital com o fim de libertar-se da *grande dureza* que lhe deformava o ventre, emprestando-lhe aspecto de gravidez inexistente.

Além da megalosplenia indolora, de grande eixo obliquo e dirigido para o umbigo (que excedia de 2 centimetros para a direita), achando-se o limite inferior na linha demarcatoria do flanco com a fossa iliacas esquerdos, a doente apresentava atrophia ma-

nifesta do figado, pallor cutaneo generalisado tirante a cêra antiga, grande descoramento das mucosas, enfraquecimento organico geral, ausencia de edemas e de collecções liquidas; o appetite estava diminuido, difficeis as digestões e as dejecções, que tinham sido sanguinolentas algum tempo antes.

O coração apresentava de anormal somente sôpros anorganicos, audiveis no foco tricuspide e no pulmonar.

Ausencia de precedentes alcoolicos e de abuso de condimentos na alimentação, salientando-se apenas a preexistencia de febres, capituladas de *sesões*, e que duraram 3 mezes approximadamente, cerca de 2 annos antes da molestia actual.

*Exame do sangue:*

|                                    |           |
|------------------------------------|-----------|
| Hemacias por mm <sup>3</sup> ..... | 2:736.000 |
| Leucocytos.....                    | 4.123     |
| Hemoglobina [Fleischl].....        | 40 %      |
| Formula leucocytaria:              |           |
| Polynucleares.....                 | 60, 5     |
| Mononucleares.....                 | 7, 0      |
| Lymphocytos.....                   | 26, 5     |
| Eosinophilos.....                  | 6, 0      |
|                                    | 100, 0    |

O *exame da urina* nada apresentou de particular, sendo reconhecidos os caracteres urologicos da cirrhose atrophica do figado, isto é, volume total diminuido, augmento ligeiro da acidez, diminuição consideravel dos materiaes solidos de conjuncto, diminuição da uréa e dos chloruretos e grande excesso de urobilina.

A doente foi submettida á medicação tonico-reconstituente, de base arsenical, com o que melhorou da anemia não ficando na enfermaria mais de um mez e exigindo a sua *alta*.

Diante da symptomatologia apresentada, acreditei tractar-se de um caso de *molestia de Banti*, splenomegalia primitiva acompanhada de cirrhose atrophica do figado, della dependente. Verdade é que o precedente palustre parece evidente e Banti o excluiu dos casos que capitulou de splenomegalia primitiva; entretanto não vejo motivo justo para deixar de ser capitulado de *molestia de Banti* o caso de symptomatologia clara, só porque se reconheceu no doente existencia anterior do impaludismo.

Penso até que deve ser o impaludismo factor importante da molestia em questão, porque altera e perturba o funcionamento esplenico creando a megalosplenía e esta, uma vez estabelecida, cirrhosa secundariamente o figado.

Sim, a splenomegalia é primitiva em relação á hepatopathia, podendo a meu ver depender do impaludismo, como de outras causas ainda não bem desvendadas.

A doente que tive ensejo de observar, e julgo estar affectada de *molestia de Banti*, devia estar na phase de transição entre o segundo e o terceiro periodo porque, ainda quando apresentasse perturbações digestivas accentuadas, grande diminuição do volume jecoral, *cabeça de medusa* visivel no lado direito do ventre e anemia manifesta, não apresentou ascite, enquanto permaneceu no Hospital; estou convencido, no entanto, de que actualmente já deve ter-se manifestado o derramen peritoneal, o que infelizmente não se pôde asseverar pela ignorancia do paradeiro da enferma.

Foi este o segundo caso que tive ensejo de observar de molestia de Banti, tendo examinado o primeiro doente a convite do Dr. *Bomfim de Andrade*, que em torno d'elle fez gyrar o assumpto de sua interessante dissertação inaugural.

*Mutismo hysterico.*—A doente a que me vou referir foi recolhida ao Hospital por pessoas de sua familia que a deixaram na enfermaria sem outra informaçao, obtida a instancia da irmã de Caridade, a não ser que não podia falar, tinha febre e tudo sobreviera após um banho, na epoca do catamenio.

Na occasião do exame estava em decubito dorsal, offegante, com febre de 39°, tendo os labios e a lingua cobertos de escara anegrada e inteiramente impossibilitada de manejar a palavra, embora comprehendesse regularmente o interrogatorio, fornecendo, por meio de accnos, informaçoes disparatadas e inverosimeis, como ficou verificado depois de curada.

Sua molestia datava de 8 dias, conseguindo-se saber que o estado da lingua era consecutivo á administraçao de um medicamento que lhe foi prescripto, como tambem era de natureza medicamentosa a vulvo-vaginite aguda, de que estava affectada, dando escoamento a pús amarello-esverdeado em que não foram encontrados gonococcos.

Suspeitando que o estado local dependesse de uma tentativa de aborto ou fosse consequencia de um aborto provocado, transferei a doente para a enfermaria de *Santa Izabel*, com o consentimento do Prof. Dr. CLIMERIO DE OLIVEIRA, sob cuja direcçao medica ficou a paciente até curar-se completamente da affecçao genital; não houve mais do que uma injeccao vaginal feita por engano em sua residencia, no momento em que se lhe pensava applicar um *clyster de pimentas* para fazel-a voltar a si, pois perdera os sentidos de facto, quando se banhava, sendo inexacto que estivesse menstruada na occasião.

Curada da vulvo-vaginite e da glosso-stomatite, continuava a impossibilidade de falar pelo que convidei o Dr. ALFREDO BRIRTO a examinar a doente, sendo

firmado por este professor o diagnostico de mutismo hysterico e instituido o tractamento electrico, com que se restabeleceu quasi completamente a paciente, podendo falar, ainda que não com a facilidade com que se exprimia antes do mutismo; é de crer que passado mais algum tempo, seja completo o seu restabelecimento, o que me prometteu communicar pessoalmente.

*Kysto para-ovariano esquerdo quinquilocular.* Tractava-se de uma mulher de 40 annos approximadamente, com grande augmento de volume do ventre, equivalente á gravidez de 9 mezes, mas que affirmava não estar grávida, (e de facto não estava), queixando-se de dores abdominaes intensas, de forte embaraço respiratorio e de fraqueza extrema.

O caso prestou-se a uma serie de conferencias sobre a semeiologia do abdomen, sendo firmado clinicamente o diagnostico de kysto do ovario, provavelmente do ovario esquerdo, admittida entretanto a possibilidade de tractar-se de um kysto originado em outro ponto qualquer do abdomen e chamada a attenção dos discentes para a impossibilidade de diagnostico preciso da origem desses kystos, quando attingem grandes proporções como o actual.

Foram feitas conferencias medicas com o Dr. OCTAVIANO MONIZ, que me deu a honra de sua assistencia durante todo o curso, com a Dra. PRAGUER FRÓES e o Dr. EYDIO DE MESQUITA, cirurgião da Santa Casa de Misericórdia, o qual de accordo com o diagnostico, promptificou-se para operar a paciente, logo que melhorassem suas condições graças de resistencia organica.

O estado da doente, porem, peiorava dia a dia, surgindo posteriormente febre precedida de caefries

e seguida de suores muito abundantes ao lado de extrema dôr no abdomen, que não supportava a menor pressão, tachycardia e vomitos biliosos frequentes.

Manifestava-se a peritonite, que veio apenas precipitar o desfecho fatal da molestia, previsto diante do quadro symptomatologico que se desenrolára diante de todos os que diariamente examinavam e inspeccionavam a enferma.

Foi feita a autopsia da cavidade abdominal no laboratorio de Anatomia Pathologica pelo Prof. Dr. GUILHERME REBELLO, sendo encontradas as seguintes alterações, confirmativas inteiramente do diagnostico clinico e que transcrevo do protocollo que me foi remetido.

«Adherencia generalisada do peritoneo, grandemente tumefeito e injectado, com a face interna da parede abdominal e com a face anterior de volumosa massa morbida, com a qual formava um só corpo,—adherencia com o intestino delgado dessa massa morbida, composta de cinco lojas, assim dispostas de baixo para cima: 1.<sup>a</sup>, inferior e de maior capacidade, occupando todo o hypogastrio e invadindo as regiões visinhas, contendo grande copia de liquido, de que as primeiras porções retiradas eram de aspecto esverdeado, depois sero-purulento e, por fim e em sua maior parte, francamente purulento; a 2.<sup>a</sup> loja, acima da anterior e dirigida para a esquerda, com pequena porção de liquido gelatinoso, de aspecto hemorrhagico; a 3.<sup>a</sup>, de paredes gangrenosas, em contacto com a face inferior do figado, a cabeça do pâncreas e a extremidade superior do rim direito; a 4.<sup>a</sup>, muito proxima da precedente, cheia de liquido purulento espesso; a 5.<sup>a</sup>, situada á direita e dirigida para traz, occupada por pús cremoso, ama-

rello-avermelhado;—volume do liquido retirado dos varios loculos da massa morbida—2400 c.c. approximadamente;—pese do neoplasma vasio 950 grammas;—*em seguimento ao tumor uma formação fibrosa, rangendo ao corte e englobando, do lado esquerdo, a trompa de Fallopio, o ovario, os ligamentos largo, redondo e ovariano* (\*);—epiploon fortemente espessado e congesto;—baço muito adherente á parede costal, *bilobado* por um sulco que o atravessava em quasi toda a espessura do parenchyma, no sentido do menor diametro;—outro sulco rudimentar, de 2 centimetros apenas de extensão e quasi superficial, na mesma direcção do anteriormente mencionado, do qual distava uns 4 centimetros;—figado retrahido, deformado, endurecido, muito recalcado para cima e para traz, manifestamente sulcado pelos arcos costaes, rangendo ao corte e adherente por completo á parede costal, apresentando-se vivamente rubra á superficie de arrancamento e medindo 23, 5 centimetros no diametro transverso, 17 no antero-posterior e 8 no vertical;—rim direito diffluyente, invadido pelo processo gangrenoso;—rim esquerdo endurecido e congesto, especialmente na região das pyramides;—pancreas endurecido e comprometido pelo processo gangrenoso na região da cabeça.»

A doente em questão recolhera-se, 3 annos antes do estado morbido actual, na enfermaria de *Santa Isabel*, onde foi firmado o diagnostico de kysto do ovario esquerdo, sendo feita a punção pelo Prof. Dr. Climerio de Oliveira e retirada forte copia de liquido, com o que sensivelmente melhorou, considerando-se até curada.

---

(\*) O grypho é do auctor deste artigo.

Além dos casos referidos, sobre que, embora succintamente, escrevi algumas considerações, serviram de ponto de partida e de base para conferências na enfermaria analyses da urina de um diabetico e exames do sangue e da urina de um hemato-chylurico, ambos da clinica civil, sobre que me deteci ligeiramente, transcrevendo os resultados das analyses.

Eis o resultado do exame urológico no enfermo de diabetes:

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| Volume nycthemeral..... | 9 litros       |
| Densidade.....          | 1. 035         |
| Acidez total.....       | 18 grs.        |
| Cloruretos.....         | 40 gr          |
| Uréa.....               | 60 gr.         |
| Acido urico.....        | 2 gr.          |
| Acido phosphorico.....  | 4 gr.          |
| Peptonas.....           | pequena quant. |
| Albumina.....           | não            |
| Acetona.....            | não            |
| <i>Glycose</i> .....    | 148 grs.       |

O exame da urina nycthemeral do doente de hemato-chyluria deu o seguinte resultado:

|                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| Volume.....                  | 1 300 c. c.            |
| Cor de.....                  | chá com leite          |
| Aspecto.....                 | turvo                  |
| Transparencia.....           | nulla                  |
| Consistencia.....            | fluida                 |
| Superficie.....              | espumosa               |
| Cheiro.....                  | de mandioca fermentada |
| Densidade.....               | 1016.5                 |
| Reacção.....                 | acida                  |
| Acidez total, em 24 horas... | 1 gr. 30               |
| Materiaes solidos.....       | 49,97                  |



|                        |             |
|------------------------|-------------|
| Chloruretos.....       | 13 grs. 56. |
| Acido urico.....       | 0 gr. 39    |
| Uréa.....              | 15 grs. 73  |
| Acido phosphorico..... | 2 grs. 30   |

Existia ainda:

Albumina (pequena quantidade)

Globulos de gordura.

Cylindros hyalinos raros.

Hemacias.

Micro-filarias vivas.

Ovos de filaria.

O exame microscopico do sangue recolhido pela madrugada apresentou sempre, em dias successivos, embryões de filaria, que foram encontrados constantemente em todas as laminas, havendo uma destas em que pude contar 52 micro-filarias.

Da collecção de preparações do Gabinete de Prope-deutica faz parte uma em que correi o embryão filariano com o azul de methyleno, destacando-se bem a bainha em que se aninha o parasita.

O exame do sangue retirado, ao meio dia, da polpa digital do paciente nenhum individuo filariano apresentou; entretanto continham micro-filarias todas as gottas de sangue que retirei posteriormente do doente, ás 9 horas da manhã, dous mezes mais tarde.

Exame do sangue:

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| Hemacias.....              | 4.464.000               |
| Leucocyots.....            | 11.780                  |
| Hemoglobina.....           | 68 %                    |
| Filarias embryonarias..... | 52 em uma só preparação |

Equilíbrio leucocytario:

|                    |        |
|--------------------|--------|
| Polynucleares..... | 59,25  |
| Lymphocytos.....   | 20,75  |
| Eosinophilos.....  | 14,25  |
| Mononucleares..... | 5,75   |
|                    | <hr/>  |
|                    | 100,00 |

Em relação aos demais casos clínicos nada houve digno de menção especial.

---

## Prophilaxia da febre amarella

PELO DR. PACIFICO PEREIRA

(Professor da Faculdade de Medicina da Bahia)

(Continuação)

Das observações e experiencias citadas evidencia-se que a inoculação do sangue de um doente de febre amarella n'um individuo são, pela picada de *Stegomyia fasciata*, é capaz de communicar-lhe a molestia.

“Nossas observações, diz o Dr. REED, relatando as experiencias da Comissão Americana, com o fim de verificar si a injeção de uma pequena quantidade de sangue de um doente de febre amarella pôde provocar n'um segundo individuo um ataque desta molestia comprehendem experiencias feitas em doze soldados americanos e immigrants hespanhóes não immunes.

“O resultado das inoculações mostrou que em sete individuos que receberam a injeção sub-cutanea de sangue fresco, ou parcialmente desfibrinado, em quantidades de 0,5 a 2 cc., seis (85,7 por cento) foram atacados de febre amarella dentro do periodo usual da incubação desta molestia.”

O prof. CAMILLO TERNI (*Journal of the American Medical Association*, Jan, 1903) em sua recente contribuição ao estudo da etiologia da febre amarella, apresentada ao Congresso Medico do Egypto, diz que os succos organicos, assim como os conteudos do estomago e do intestino, filtrados e injectados, determinam em animacs symptomas e lesões identicas aos produzidos com as toxinas do bacillo icteroidé.

Em experiencias publicadas em 1895 JOSEPH JONES (*Journal of the American Medical Association*, Maio, 11 de 1895,) demonstrou os effeitos da inoculação do sangue e do vomito preto dos amarellentos por injectação subcutanea nas cobayas. A injectação subcutanea de 30 gottas de vomito preto em uma cobaya produziu a morte no fim de 6 horas.

Si a inoculação do sangue do doente de febre amarella no individuo não immune pôde transmittir a molestia, poder-se-ha asseverar que o mosquito seja o unico transmissor, quando não existem ainda experiencias que demonstrem o contrario em relação a outros insectos que sugam tambem o sangue humano?

O Dr. G. ZIROLIN (*Il Policlinico, supplemento settimanale*, 12 de Abril de 1902), fazendo o estudo anatomo-physiologico das pulgas, verificou "que conservando-as em jejum durante algum tempo e levando-as a picar um individuo, as pulgas logo depois de terem sugado o sangue, e quando têm ainda a tromba implantada na pelle, projectam muitas vezes a uma distancia relativamente grande, por meio de contracções energicas do abdomen, e duas ou tres vezes seguidas, não uma gotta, mais verdadeiros jactos de sangue; o insecto faz assim uma lavagem de seu tubo digestivo, que enche depois por novas succões. Os elementos morphologicos se acham intactos no sangue assim projectado."

As experiencias feitas pelos americanos e as que foram praticadas em S. Paulo, com o fim de demonstrar a transmissão da febre amarella pelo mosquito e a innocuidade das roupas e objectos contaminados na propagação da molestia, são evidentemente incompletas.

Das experiencias do Campo Lazear e de S. Paulo pode-se concluir que a picada do mosquito infectado produz a febre amarella no individuo não immune; e ainda que o contacto directo com as roupas e objectos contaminados com o vomito preto, a urina e as materias fecaes dos amarillentos não communica a febre amarella; não se deve, porem, logicamente concluir que o *Stegomyia fasciata* é o unico transmissor da febre amarella, nem que esta transmissão se faça somente directamente do individuo doente para o individuo são, e que o *Stegomyia* não possa infectar-se pelo contacto com o vomito e os dejectos do doente, colhendo ahi os germens que irá inocular.

As experiencias realisadas no Campo Lazear com as roupas contaminadas pelo vomito e pela urina e dejecções dos doentes de febre amarella foram feitas com inteira exclusão dos mosquitos *(the passage of mosquitoes into this room was effectually excluded.)*

Faltou, porém, a contra-prova, que seria collocar no mesmo compartimento, não só o individuo não immune com as roupas contaminadas, como o *Stegomyia* não infectado, para verificar si este pôde infectar-se pelo contacto com o vomito ou as dejecções que conspurcam as roupas, e dahi inocular o germen no individuo são.

Esta questão não está ainda resolvida, como muitas outras relativas á theoria do mosquito, e seria temerario assentar sobre o exclusivismo desta theoria, se-

gundo as conclusões da commissão americana, as bases da prophylaxia da febre amarella.

Ha muitos factos incontestaveis da transmissão da molestia pelas roupas e objectos infectados, em lugares tão distantes do ponto em que se achava o doente origem da infecção, que não se pôde explicar a propagação da molestia pela transmissão directa pelo mosquito.

Além de grande numero de factos referidos por BERENGER FERNAUD, SANARELLI, BAPTISTA DE LACERDA e JORGE PINTO, conheço um muito instructivo, occorrido na clinica de meu ominente collega Dr. SILVA LIMA e por elle referido na *Gazeta Medica da Bahia* de 15 de Setembro de 1869, que não pôde ser explicado por transmissão directa pelo mosquito, do sangue sugado pela picada do doente para o individuo atacado.

Em 1869 a febre amarella foi importada á Bahia pela corveta italiana *Giuseardo*, da qual desembarcaram tres tripolantes atacados pela molestia, os quaes fôram recebidos no Hospital da Misericordia, fallecendo ahi dous delles. O sacerdote que confessou aos tres enfermos em 25 de Abril retirou-se vinte dias depois para uma cidade do interior, deixando n'um quarto do seminario, onde residia, a batina que vestia quando assistiu aos doentes. Voltando ao Seminario em 26 de Maio e entrando no exercicio de suas funcões sacerdotaes, começou de novo a usar das vestes com que fôra ao hospital, e foi acommettido de febre amarella no dia 7 de Junho, isto é, 43 dias depois de ter estado em contacto com os doentes d'esta molestia. Nenhum outro caso de febre amarella appareceu na Bahia n'aquelles mezes e nos seguintes do anno de 1869. Parece que este facto não se pôde explicar

pela transmissão directa, pelo mosquito, do doente para o padre. É mais accetavel que algum *Stegomyia* ficasse no quarto fechado onde foi deixada a batina-e, ahi, nesta colhesse o germen da molestia e o inoculasse no padre após sua volta do interior do Estado, notando-se que mediaram doze dias entre o de sua chegada e do começo da molestia (26 de Maio a 7 de Junho). As noções, incompletas ainda, que possuímos actualmente sobre a vida e habitos dos mosquitos, não repellem esta interpretação do facto.

Os mosquitos que propagam os parasitas das febres intermitentes não se alimentam exclusivamente do sangue dos vertebrados. “A opinião geral diz o Dr. L. W. SAMBON, professor da Escola de Medicina Tropical de Londres (*The Journal of Tropical Medicine*, 15 de Setembro de 1902), é que os mosquitos em estado perfeito são essencialmente phytophagos. Alguns entomologistas os têm visto pousados sobre as plantas sugando o succo das flores, e o Dr. GILES (*Handbook of the Quats or Mosquitoes*. London—1902), que examinou o conteúdo do estomago dos mosquitos, na India, declara que “usualmente o que se podia reconhecer era pollen em ambos os sexos. Quando captivos os mosquitos promptamente sugam o succo dos fructos.”

HOWARD (*Notes on the Mosquitoes of United States*—Bull. XXV. New. Series. U. S. Depart. Agriculten—Washington—1889) diz:

“Os mosquitos femeas são normalmente e fóra de duvida alimentados pelas plantas. Porque elles sugam sangue é questão que ainda não foi resolvida. Suppõe-se que seja a necessidade de um fluido de grande poder nutritivo para a formação dos ovos, mas esta supposição desaparece completamente, attendendo-se ao facto de que os mosquitos abundam

em regiões nas quaes jámais penetrou animal de sangue quente.”

“O facto, diz ainda o Dr. SAMBON, de que os mosquitos femeas podem se conservar vivos durante mezes, alimentando-se do succo de fructos, não prova que o succo de plantas seja seu alimento natural. Ao contrario, por mais paradoxal que possa parecer, esse facto prova que a vida d’elles prolongou-se pela falta de alimento conveniente. Com effeito, é cousa muito sabida que o mosquito femea morre depois de ter exorcido os ovarios por successivas ovulações, mas que pôde viver durante mezes supportando o soffrimento admiravel da falta de alimento, o que é commum a muitos insectos, por tanto tempo quanto as condições desfavoraveis se oppõem á ovipostura.

«Os *Anopheles* machos só podem sugar agua; as partes componentes da bocca, como as dos machos de outros dipteros (*Simulides* e *Tabanides*) são organisadas de tal modo que não se prestam a outro fim. O mosquito femea, porém, tem necessidade de uma certa somma do alimento em reserva para os seus ovos, e isto é bem exemplificado no *Ripicephalus annulatus* e outros carrapatos, cujas femeas, após a fecundação, repentinamente engorgitam-se de enorme quantidade de sangue do hospede, e no qual até então vivem parcamente, durante os diversos períodos do crescimento e metamorphose.

«O sangue, porém, de mammiferos e passaros provavelmente não é essencial; o dos amphibios, de peixes e insectos servem para o mesmo fim; e, com effeito, o Dr. J. TURNER BRAKELEY viu uma tartaruga cercada de mosquitos, o Dr. C. H. MURRAY viu mosquitos descerem sobre a cabeça de pequenas trutas

quando ellas vinham a superficie d'agua; o Dr. H. A. HAGEN apanhou um mosquito que se estava alimentando na chrysalida de uma borboleta; o Dr. THEOBALD viu *Culex nigritulus* sugando o corpo de *Chironomus* e outros pequenos dipteros; o Dr. H. A. VEAZIE viu mosquitos picando cigarras e suas chrysalidas».

O Dr. EMILIO COELDI, em seu interessantissimo estudo sobre os mosquitos do Pará, explica de modo muito aceitavel o habito adquirido por estes insectos de chupar o sangue.

«Todos os auctores que tivemos occasião de compulsar a este respeito são concordes em declarar que é muito difficil explicar porque ha entre os *Culicidios* semelhante gosto para chupar sangue, gosto restricto sómente ao sexo feminino (HOWARD, pag. 12, THEOBALD pag. 16). Não é tão difficil a explicação; ao meu vêr poucos leitores haverá que já não tenham tido ensejo de observar, especialmente aqui n'este clima tropical, comô uma qualquer escoriação ou ferida em partes expostas do corpo é perseguida por uma turba de pequenas moscas e insectos parentes, que, com grande insistencia, vêm sorver o serum do sangue, substancia um tanto adocicada.

«Igualmente sabe-se como os cantos dos olhos, por exemplo, dos mammiferos maiores, durante certos periodos estivaes, são perseguidos pelos mesmos dipteros impertinentes, que vêm attrahidos pelo «humor aqueus» com que o globo ocular é humedecido em vista de sua funcção rotativa. Ora, todos estes pequenos dipteros, de par com diversas moscas de tamanho vulgar (*Stomoxys*, etc.) e outras muito grandes, como *Tabanides*, indicam-nos o caminho percorrido pela



hemophília: Os *Culicídios*, primitivamente, só procurando seivas adocicadas, travaram conhecimento com o sangue animal, mediante o serum sanguineo de feridas, e contentando-se os machos com este, as fêmeas fôram além, a ponto de praticar intencionalmente perfurações da pelle, para conseguirem o liquido desejado. Secundadas n'este mistér por um apparelho buccal positivamente mais robusto, melhor perfurante do que o do macho, e utilisado proveitosamente o liquido assim obtido, de modo muito facil e barato, como *viaticum*, para as augmentadas exigencias do trabalho physiologico da postura dos óvos e consumo material que dahi deriya,---uma disposição para este procedimento devia facilmente tornar-se em costume e habito arraigado, em regra e norma, em postulado indispensavel, finalmente.

“A sucção do sangue, adquirida accidental e secundariamente como habito, torna-se um factor essencial da vida em relação á maturação dos productos sexuaes da fêmea; *hoje estes insectos precisam de sangue para a propagação da sua especie*”.

Todas estas noções colhidas pelos mais notaveis observadores e entomologistas nos mostram como variam os habitos dos insectos e como dependem elles das convicções normaes ou anormaes de sua existencia, e põem-nos em guarda contra a asserção systematica dos que affirmam que o *Stegomyia* é o agente exclusivo da transmissão da febre amarella, e que só pela picada no doente pôde elle colher os germens da infecção que inocula no individuo são.

PATRICK MANSON, o profundo investigador e creador da theoria da transmissão dos germens pelos mosquitos, pelos seus estudos sobre a filariose, na

sessão da *British Medical Association* de 1<sup>o</sup>. de Agosto de 1902, preveniu contra as conclusões precipitadas (*too hastily a conclusion*) das experiencias publicadas pela commissão americana.

No recente Congresso Sanitario das republicas americanas em Washington, sob a presidencia do Dr. WALLER WYMAN, Cirugião General do Serviço dos Hospitales de Marinha dos Estados Unidos, foram discutidas a etiologia e prophylaxia da febre amarella, e n'essa sessão o DR. JOHN QUITERAS, ex-professor de pathologia na Universidade da Pensylvania, e actualmente na de Havana, e notavel collaborador da Commissão medica americana em Cuba, depois de expôr os trabalhos d'esta commissão, submetteu á approvaçãõ do Congresso a proposição:—que a picada de certos mosquitos é o *unico* meio natural demonstrado da propagação da febre amarella. Na discussão o DR. SOUCHON, presidente do Conselho de Saude da Louisiana, oppoz-se a esta affirmativa, citando muitos casos em que os mosquitos não entraram apparentemente na etiologia da molestia; e o Congresso approvou simplesmente a declaração:—que entendia que a febre é transmissivel pelos mosquitos.

A questãõ da transmissãõ exclusiva da febre amarella pelo mosquito não teve ainda plena sancção da sciencia, e bem procedeu a Directoria do Serviço Sanitario de S. Paulo quando, depois das experiencias alli feitas, para verificaçãõ dos resultados obtidos pela commissão americana em Cuba, declarou no edital de 28 de Fevereiro d'este anno que recommenda a destruiçãõ dos mosquitos e que—o pernilongo rajado (*Stegomyia fasciata*) é o *agente mais activo da propagação da febre amarella.*

Das experiencias feitas em Cuba e em S. Paulo é a unica conclusãõ scientifica e logica. De toda a somma

de conhecimentos accumulados pela observação e experiência n'estes ultimos annos deduz-se que a guerra ao mosquito é uma medida capital de prophylaxia contra a febre amarella, mas não deve ser a unica.

Nas 'Instrucções para o serviço de prophylaxia especifica da febre amarella' promulgadas pelo Ministro do Interior em 5 de Maio d'este anno, a Directoria Geral de Saude Publica, nas medidas indicadas, visa sómente a exterminação dos mosquitos e o isolamento dos doentes, determinando que o pessoal das brigadas organisadas para a extincção dos perniciosos insectos "não cogitará das roupas ou objectos que estiverem nos aposentos do enfermo ou em seu uso.

O pensamento da illustre directoria está claramente expresso na publicação feita no *Diario Official* a 15 de Maio d'este anno. Depois de referir as experiencias feitas em Cuba pela commissão americana, e reproduzidas recentemente em S. Paulo, diz:

"Estes factos demonstram concludentemente que a febre amarella não é transmittida pelas roupas e mais objectos, e devem ser acceitos por todos os que se empenham sinceramente pelo conhecimento da verdade".

A verdade, porém é que os centros scientificos da America e da Europa não accitaram ainda a theoria da trasmissão exclusiva pelo mosquito e da innocuidade das roupas e objectos contaminados.

MANSON advertiu contra as conclusões precipitadas (*too hastily*); o Congresso sanitario americano pronunciou-se contra o exclusivismo da transmissão pelo mosquito, e a direcção do serviço sanitario maritimo nos Estados Unidos, antes de satisfazer as exigencias do commercio, que fundando-se nas conclusões das

investigações americanas em Cuba, pedia o relaxamento das medidas de desinfeção e quarentenas, julgou necessario crear no Serviço do Hospital de Mariuha um instituto especial para proceder a novos estudos sobre as diferentes questões relativas á febre amarella, dividindo-o em quatro secções para investigar: (a) historia e estatistica; (b) etiologia; (c) transmissão da febre amarella; (d) quarentena e tratamento.

A 3<sup>a</sup> secção terá de estudar as seguintes questões:

- 1<sup>a</sup> A transmissão da molestia pelo mosquito:
- 2<sup>a</sup> Póde qualquer outro mosquito, além do *Stegomyia fasciata*, transmittir a infecção?
- 3<sup>a</sup> A progenie do mosquito tambem é infectada?
- 4<sup>a</sup> Si a quantas gerações?
- 5<sup>a</sup> Póde o mosquito infectar-se por outros quaesquer meios que não a sucção do sangue do doente d'esta molestia?

6<sup>a</sup> Póde o mosquito infectar-se pelo contacto com as descargas sanguineas seccas ou outra qualquer materia nas roupas do doente?

7<sup>a</sup> Póde a molestia ser transmittida por qualquer outro meio a não ser pelo mosquito?

8<sup>a</sup> Póde a molestia transmittir-se pela roupas, pelo ar, pelo sólo ou pela agua?

9<sup>a</sup> Qual a distribuição geographica do *Stegomyia fasciata* em relação com a molestia?

10<sup>a</sup> É' devida á ausencia d'esta variedade de mosquito a immuniidade gozada por certas localidades?

11<sup>a</sup> Estudo da vida e dos habitos do *Stegomyia* e das especies congeneres e particularmente dos meios de sua exterminação.

Da solução d'estas multiplas questões depende a elucidação completa da transmissão da febre amarella e no estado actual da sciencia não podemos desprezar as medidas de desinfeção, especialmente quando ellas

visam não só a destruição dos germens da molestia, como a dos agentes possiveis da transmissão.

Riscar as desinfecções da prophylaxia das molestias pestilenciosas seria renegar a grande obra de PASTEUR e de LISTER, seria erro tão grave como prescindir da antiseptia na cirurgia e na therapeutica.

(*Continúa*)

## Memorandum clinico

DENOMINAÇÃO DE VARIOS SIGNAES DIAGNOSTICOS

(*Continuação do n. 6, Dez. 1903*)

**natiforme** (*Craneo*)—Aspecto particular do craneo na syphilis hereditaria e no rachitismo, caracterizado pela saliencia das bossas parietaes separadas por uma depressão em fórma de gotteira correspondente á sutura sagittal [fórma de nadegas].

\* **Neurath** (*Signal de*)—Especial deformação, das phalanges no rachitismo, a qual dá aos dedos a fórma característica de fuso. A parte media das phalanges é espessada conservando as extremidades o seu volume normal. Si se olham as mãos do doente contra a luz e obliquamente, os dedos lembram uma enfiada de contas. A hypertrophia affecta a superficie dorsal. A pelle superjacente guarda o seu aspecto normal, mas as rugas são quasi desmanchadas, parecendo que ella foi espichada. Mostra o exame radiographico que se trata de uma hypertrophia periostica. Esta alteração é mais frequente nas crianças tenras, e indica uma fórma grave e generalizada da molestia, sempre acompanhada de hypertrophia accentuada das epiphyses e das costellas.

**nummular** (*Escarro*)—Escarro largo, compacto, arredondado, em *fôrma de moeda*, que se encontra principalmente na tuberculose pulmonar adeantada.

**Oliver** (*Signal de*)—V. CARDARELLI.—Para verificar a existencia deste signal, inclina-se a cabeça do doente para traz de modo a estender o pescoço no maximo, depois segura-se a cartilagem cricoide entre o pollegar e o indicador, e eleva-se ligeiramente, exercendo assim tracção sobre a trachéa. Ora o tumor aneurismal da crossa da aorta cavalgando o bronchio esquerdo, imprime a este, no momento de cada systole, um pequeno abalo de cima para baixo, que faz descer ligeiramente a trachéa e a larynge a cada pulsação arterial. Este signal é proprio dos aneurismas que occupam sómente a região da crossa, e pode ser precoce, isto é, existir já claramente antes do apparecimento de qualquer outro signal (BARIE).

**Olympica** (*Fronte*).—Fronte proeminente, caracterizada pelo desenvolvimento anormal em altura e largura, devido a hyperostoses, na syphilis hereditaria.

**ovariana** (*Faciès*)—Aspecto particular da physionomia, descripto por WELL, nas mulheres affectadas de kystos do ovario, caracterizado por amaciação, exagero das saliencias osseas, fronte enrugada, olhos encovados, narinas dilatadas, labios contrahidos, commissuras labiaes deprimidas e cercadas de sulcos profundos. Alguns autores dão pouco valor semeiologico á facies ovariana.

**pulmo plantar** (*Signal*) -V. FILIPOVITCH.

**panella rachada** (*Ruido de*)—Ruido especial, semelhante ao indicado pela designação, que se produz por vezes quando se percute o pulmão. Indicia na maioria dos casos uma caverna pulmonar, a mais das

vezes tuberculosa. Para manifestar-se é necessário que a caverna communique livremente com o exterior, e por isso o doente deve conservar a bocca aberta durante a percussão. Além disso é preciso que a excavação tenha certa extensão, seja superficial, que as paredes sejam delgadas e flexiveis, e que contenha ar e liquido (BARTH e ROGER). Póde tambem encontrar-se este ruido no pneumo-thorax, em certos casos de pleurisia, e algumas vezes até no estado normal nas crianças.

**Parkinson** (*Facies de*)--Semblante caracteristico da paralysis agitante. A physionomia offerece, conforme os casos, um aspecto de tristeza, de estupidez ou de espanto, de attenção ou de pavor; olhos immoveis, fixos, largamente abertos, ausencia quasi completa de pestanejamento. Toda a parte do rosto subjacente á linha dos olhos cõtrasta para uma placidez e impossibilidade caracterizada pela falta de movimento, de rugas, de qualquer expressão, com a testa enrugada, movimentada, expressiva.

**Parrot** [*Nodulos de*]--Osteophytos do craneo, percebidos pela palpação, na syphilis hereditaria.

**Parrot** (*Signal de*) Dilatação da pupilla, na meningite, belliscando-se a pelle do pescoço.

**patellar** (*Reflexo*)—V. **Rotuliano**.

\* **Paiwnsky** (*Rythmo pendular de*).—Rythmo fetal sem tachycardio, *embryocardia dissociada* de Grasset. —Rythmo cardiaco em quo ha igualdade dos dois silencios, devida ao alongamento do pequeno, semelhante a cadencia das oscillações de um pendulo. Differe da *embryocardia* propriamente dita por não haver acceleração, nem enfraquecimento das pulsações cardiacas. Atribue GRASSET este rythmo ao

retardamento no estalo das sigmoides, em consequencia da diminuição da elasticidade arterial, conservando-se o coração pouco offendido e sufficiente. Encontra-se sobretudo nas cardiopathias arteriaes, na arterio-esclerose, na coronarite, a angina de peito. O prognostico não tem a mesma gravidade que o da embryocardia tachycardica, em virtude da conservação relativa da energia cardiaca.

**pedial** (*Signal da*)--Denominação dada por TEISSIER á hypertensão da arteria pedial, verificada pelo esphygmomanometro, nos casos de aortite abdominal. No estado normal a pressão da pedial é inferior á da radial de 2 a 3 cm. de mercurio; quando, porém, a aorta abdominal é séde de lesão inflammatoria, a pressão naquella arteria torna-se igual ou superior á da radial. Este signal permite fazer-se o diagnostico differencial entre uma alteração anatomica da aorta abdominal e simples perturbações funcionaes (em que elle não se encontra) que muitas vezes a simulam.

\* **Perret** (*Rythmo de*).—Rythmo cardiaco caracterizado por um encurtamento tal do pequeno silencio que os dois ruidos se approximam extremamente, a ponto de parecer que se superpõem, o grande silencio conservando-se normal. Ha ao mesmo tempo tachycardia, com pulso pequeno, mas regular. Este rythmo foi encontrado por PERRET nas crianças, em casos de tuberculose, pulmonar ou meningea, pouco tempo antes da morte. É de grave prognostico, pois que exprime fraqueza do coração. Segundo PERRET, só póde ser explicação por uma excitação dos ganglios intra-cardiacos do sympathico.

**pergaminho** (*fluido de*).—Denominação dada por BOUILLAUD ao exagero do segundo tom cardiaco, o



qual indica hypertensão no systema aortico ou no pulmonar, conforme o fóco em que se manifesta.

**Peuhl** (*Signal de*)—Variação da pressão vascular na perihepatite suppurada.

\* **Pfäundler** (") — Diminuição ou ausencia do reflexo rotuliano na pneumonia fibrinosa franca das crianças. Nota-se muito antes do apparecimento dos signaes locais pulmonares, precedendo até o herpes labial.

**Pfuhl** (")—Signal semelhante ao de JAFFE, que permite determinar a situação, relativamente ao diaphragma, de um derramamento purulento. Praticando-se uma punção com um aparelho munido de um manometro, verifica-se que a pressão augmenta durante a inspiração, e diminue durante a expiração quando a collecção é subphrenica; produz-se o inverso, si fôr super-diaphragmatica.

\* **Pieracini** (")—Diminuição da percentagem dos leucocytos eosinophilos do sangue (*hypoeosinophilia*), podendo chegar o desaparecimento completo delles (*aneosinophilia*) nas toxemias de origem renal (nephrites, eclampsia puerperal). Quando melhora a insufficiencia renal e diminue a intoxicação, reaparecem os eosinophilos. Na asystolia não acompanhada de insufficiencia renal, no coma post-epileptico, no coma apoplectico, na intoxicação aguda pelo alcool, etc., ainda com albuminuria e cylindros urinaris, não se modifica a proporção dos eosinophilos no sangue.

\* **Pins** (")—Nas pericardites com derramamento, observa-se ás vezes, especialmente nas crianças, para a base do pulmão esquerdo, certo numero de signaes (massicez, sôpro, bronchophonia), podendo fazer crer em

um derramamento pleural ou em uma congestão pulmonar. Pondo-se, porém, o doente na posição genu-pectoral, desaparecem aquelles signaes, para voltarem algum tempo depois que elle torna a deitar-se. Trata-se, provavelmente, de atelectasia pulmonar por compressão exercida pelo coração e pelo derramamento pericardico na postura resupina, compressão que se desfaz na attitude genu-pectoral.

**Pitres**(\*)--Tambem conhecido por *Signal do cordel*. No estado normal um cordel estendido do meio da furcula esternal á symphyse do pubis confunde-se com o eixo do esterno, que se pôde traçar sobre a pelle no momento do exame. No caso de grande derramamento pleural, que deforme o thorax, o esterno muda de direcção, desviando-se para o lado doente, e as linhas representadas pelo cordel e pelo eixo do dito osso formam então um angulo mais ou menos aberto; a ponta do appendice xyphoide desloca-se para a direita ou a esquerda do cordel, conforme a séde do derramamento.

\* **Plesch** (')--Modificação da transmis são atravez de um osso do som determinado pela percussão em caso de fractura. Quando se percebe uma das epiphyses de um osso são, auscultando a epiphyse opposta, percebe-se um som claro, cujas qualidades acusticas dependem do comprimento, da espessura e da densidade do osso, assim como do estado dos tecidos visinhos. No homem são, a percussão do mesmo osso dos dois lados dá resultados identicos. Si ha fractura incompleta, as vibrações são mal transmittidas e o som altera-se; percebem-se, em certos casos, ruidos metallicos. Quando a fractura é total, o som não é mais transmittido; só se ouve crepitação si os fragmentos estão em contacto. Para localizar a fractura,

basta approximar o estethoscopio do dedo que percute: quando se ouve o som claro normal, está-se na linha da fractura. Si uma lesão qualquer (inflammção, hemorrhagia, etc.) impede de percutir a extremidade do osso doente, pode-se percutir um osso visinho pois que as articulações transmittem muito bem o som. Para evitar erros, convem repetir sempre a operação sobre o osso homologo do lado opposto. A observação do presente phenomeno auxilia o diagnostico das fracturas nos casos difficeis.

**Porter** (")—V. **Oliver**.

**Pote rachado** (*Ruido de*)—V. **panella rachada**.

**Pott** (*Bossas de*)—Proeminencias das apophyses espinhosas das vertebrae, percebidas pela palpação, no mal de Pott.

**pregador** (*Mão do*)—Fórma especial que a mão toma na pachymeningite cervical hypertrophica e na syringomyelia. E' devida á atrophia dos flexores e dos pronadores, estando ainda respeitadas os extensores, o que traz a mão em extensão e supinação; ha, além disto, atrophia dos interosseos e dos lumbricaes.

**Proust**--**Lichtheim** (*Signal de*)—V. **Lichtheim**.

**Proust**--**Wernicke**-- (?) V. **Lichtheim**.

(*Continua*).

G. M.

---

## A tuberculose

### VII

A CRUZ VERMELHA, SEU PAPEL NA CRUZADA CONTRA  
A TUBERCULOSE NA ALLEMANHA

Como é geralmente sabido, a partir do anno de 1864, em que, por iniciativa de um philanthropo suiso, o Sr. Dunant, realizou-se em Genebra a humanitaria convenção internacional appellidada da Cruz Vermelha,

na qual tomárão parte desde logo as principaes nações da Europa, e a qual adherirão depois quasi todas as nações do mundo civilisado, com rariſsimas excepções, entre as quaes se acha até agora o Brazil, desde aquella data, repito, se organisárão nos diversos paizes que adherirão áquella humanitaria convenção, associações destinadas a prestarem soccorros aos doentes e feridos de guerra, tanto nos hospitaes de sangue como nos campos de batalha.

Essas associações de caridade não se limitão a prestar seus serviços nos conflictos da nação de sua séde com outras; ellas levão seus soccorros aonde elles se fazem precisos, obtida previamente a licença dos belligerantes.

Ainda ultimamente durante a calamitosa guerra entre a Inglaterra e as Republicas Sul-Africanas, quasi todas as associações da Cruz Vermelha do continente europêo mandarão ao Transvaal commissões de soccorros aos feridos.

A Associação da Cruz Vermelha allemã, pouco depois da sua constituição, foi posta á prova na guerra franco-allemã de 1870-1871, e taes e tão importantes serviços alli prestou, que o Governo allemão tomou-a desde logo sob sua protecção.

Depois da guerra, a Cruz Vermelha allemã, representada em cada provincia do Estado por dous ramos distinctos, um de senhoras e outro de homens, ficou sendo representada na capital do Imperio allemão por uma commissão central, constituida pelo pessoal da mais elevada categoria da côrte e da administração, sendo que á frente do ramo feminino se achava a Imperatriz allemã.

O ramo masculino tomou o si a incumbencia de preparar e disciplinar o pessoal e o material necessario para sua intervenção humanitaria em tempos de guerra, tendo para isso duas secções, uma nacional e outra internacional; o ramo feminino, reservava-se a tarefa de angariar recursos pecuniarios para aquelles fins. Com o andar dos tempos o ramo feminino, como era natural, foi fazendo sentir sua acção bemfazeja nos tempos normaes, applicando uma parte dos recursos para suavisar as miserias sociaes.

Foi em uma dessas obras humanitarias, promovida pelo ramo feminino da Cruz Vermelha allemã em tempos de paz, que germinou a idéa de associar os recursos e a influencia dessa associação de caridade aos das associações de seguro obrigatoriô, para o fim de lutar eficazmente contra a tuberculose popular, e como essa data tem um grande interesse historico na campanha como o grande flagello social, eu aqui a registarei em poucas palavras.

Tendo o Imperador da Allemanha resolvido inaugurar com grande solemnidade, em Junho de 1895, um canal em Kiel (o canal Imperador Guilherme), forão convidados para essa festa todas as nações da Europa que alli devião fazer-se representar por certo numero de navios de suas esquadras. S. M. Imperatriz Victoria Augusta Presidente do ramo feminino da Cruz Vermelha, resolveu mandar installar em Haltenau, ponto de reunião dos convidados, perto da embocadura do canal ao Baltico, um grande abarracamento-hospitalar com barracas Döcker, munido com tudo quanto fosse necessario para prestar soccorros promptos no caso que irrompesse qualquer molestia no meio de tamanha multidão, facto que era tanto mais de temer, quanto ainda

não estavam de todo extinctos na Europa os focos creados pela importação colerica de 1894.

A associação filial da Cruz Vermelha da Provincia de Schleswig foi autorisada a erigir esse hospital-barraca, cuja direcção em chefe foi confiada ao Dr. Pannwitz, major do corpo de saude de exercito allemão.

Esta installação da Cruz Vermelha prestou tão relevantes serviços, impressionou tão agradavelmente a toda gente, que captou as sympathias geraes, grandeando-lhe grande apreço nos circulos mais influentes. Aproveitou-se o Dr. Pannwitz destas circumstancias favoraveis para lançar uma idéa, que havia muito concebera de associar a Cruz Vermelha allemã na cruzada contra a maior das pragas sociaes, e assim foi que publicou, logo em seguida, no orgão daquella associação (*Dasrothe Kreuz* n. 21, 1895) um notavel artigo intitulado—*A legislação politico-social e as associações da Cruz Vermelha*, no qual mostra o partido que se poderia tirar da cooperação dos recursos da Cruz Vermelha em tempos de paz com a das sociedades de seguro obrigatorio, contra a invalidez e as molestias, para combater a tuberculose, entrando a Cruz Vermelha com seus sentimentos de caridade, sua influencia social com o seu abundante e rico material, com o seu pessoal de longa data amestrado, para a installação de sanatorios destinados ao tratamento dos operarios tuberculosos pelo systema seguido nos sanatorios privados de Göbersdorf, Falkenstein, e outros com differença, porem, que aquelles seriam installados na proxima visinhança das cidades, em sitios salubres, arborisados, de facil accesso, embora baixos.

Essa idéa, calorosamente abraçada e patrocinada pelo

Principe de Hohenlohe Schillingfürst, então Chanceler do Imperio Alemão, e pela Princeza sua consorte, foi adoptada pela Commissão Central da Cruz Vermelha, que resolveu em fins de 1895 pô-la em execução, constituindo para esse fim uma secção especial do ramo feminino da Cruz Vermelha, sob a presidencia da Princeza de Hohenlohe-Schillingfürst, da qual foi o Dr. Pannwitz nomeado secretario geral. D'est'arte elle ficou sendo o executor do patriótico e humanitario plano que concebera.

Pannwitz não perdeu tempo. Auxiliado por um eminente geologo e por notaveis architectos escolheu e arrendou nas vizinhanças de Berlim um vasto pinheiral, junto do lago de Grabowsee, onde foram rapidamente executados os trabalhos preliminares e logo em seguida installados 25 barracas de campanha, sistemas Dëker, cedidas pela Commissão Central da Cruz Vermelha e adoptadas por Pannwitz aos fins a que as destinava agora, isto é, para as galerias de repouso e enfermarias de tuberculosos.

Para as installações de desinfecção, lavanderia, residencia da administração, etc., foram construidos edificios especiaes de pedra e cal. No anno seguinte (1896) pôde ser inaugurado esse primeiro sanatorio da Cruz Vermelha, para o tratamento de mais de cem tuberculosos, ficando desde logo estabelecido que só seriam admittidos alli tuberculosos curaveis no juizo do Professor Gerhard, Director da Policlínica da Universidade de Berlim, e que cada doente contribuiria com uma quota diaria de tres marcos (mais tarde foi essa contribuição elevada a 3mk,50, importancia em que foi computada a despeza por pessoa.)

E' claro que em se tratando de doentes segurados

nas sociedades de seguro obrigatorio, estas contribuirão com a importancia dessa diaria; no caso contrario e se tratando de pessoa indigente, a despeza corria por conta da secção especial da Cruz Vermelha, encarregada da fundação e direcção dos sanatorios, secção que aos poucos se foi subdividindo, na medida das necessidades e de accordo com o principio da divisão do trabalho, em muitas outras, encarregadas de funcções particulares.

Assim é que se formou logo á inauguração do primeiro sanatorio uma sub-acção para angariar recursos para o pagamento das diarias dos indigentes, e fornecimento de tudo quanto necessitassem; uma segunda subsecção se formou para soccorrer as familias dos indigentes; uma terceira, destinada a collocar os operarios desempregados, etc. Por toda parte foram collocadas caixas destinadas a receberem contribuições voluntarias para o tratamento dos indigentes nos sanatorios populares; de toda a parte affluiram dadivas espontaneas, algumas avultadas, de sorte que o terreno arrendado pôde ser comprado e as barracas puderam rapidamente ser substituidas por construcções de pedra e cal, transformando o abarracamento de sanatorio provisorio em sanatorio definitivo.

Os resultados desta experiencia feita nesse sanatorio da planicie de Grabowsee, e foram tão bons como os colhidos antes nos sanatorios da altitude de Görbersdorf, Falkensteins, e outros, ficando desde então estabelecido este grande principio que domina hoje em toda Allemanha, na campanha contra a tuberculose das classes operarias, a saber:—*que o tuberculoso pôde e deve curar-se no lugar da sua residencia.*

A affluencia de doentes no caso de se curarem foi



tal em Grabowsee, que esse sanatório cuja lotação máxima era de 150 doentes, manifestou logo sua insuficiência.

Em taes condições, não dispondo a respectiva secção da Cruz Vermelha de recursos para instalar novos sanatorios, definitivos resolveu ella utilizar todas as barracas existentes em seus depositos para a installação de abarracamentos nas florestas dos arredores de Berlim, onde não só os operarios tuberculosos curaveis como os convalescentes, podessem, mediante modica contribuição, ir passar o dia a respirar o ar puro e embalsamado da floresta, a fazer a cura do repouso e da superalimentação, exercitar-se na pratica da hygiene da defesa contra a tuberculose, voltando a passar a noite em seus dormitorios.

Para esse fim constituiu-se logo uma 4ª secção da associação feminina da Cruz Vermelha de Berlim, que em pouco tempo fundou nos arredores daquella cidade cinco desses vastos sanatorios diurnos, alli appellidados Erholungsstätte, cuja traducção litteral é «Sitios restaurantes». Para dar uma idéa da voga que alli têm entre as classes populares esses sanatorios diurnos, basta dizer que durante o verão do corrente anno (1902) houve dias em que esses sanatorios abrigarão uma população de mais de 60,000 pessoas.

A repercussão, que teve em toda a Allemanha a grandiosa obra da iniciativa da Cruz Vermelha em Berlim, foi immensa: por toda a parte as associações filiaes da Cruz Vermelha das provincias prussianas e dos Estados Confederados se agitarão, as bolsas dos philanthropos se abrirão, as sociedades regionaes de seguro obrigatorio dos operarios, se associarão ao

movimento patriótico e humanitário da Comissão Central da Cruz Vermelha allemã, de sorte que a campanha contra a tuberculose tomou logo em todo o Imperio allemão um character verdadeiramente nacional, que o Governo Imperial, como já vimos no começo deste relatório, tratou de uniformisar e methodisar, emprestando-lhe toda sua força moral, sem lhe tocar na autonomia, que é tão completa como a das suas universidades.

A repercussão que teve, em toda a Allemanha, a obra da Cruz Vermelha, deu origem á campanha verdadeiramente nacional, que allí hoje se acha travada contra a tuberculose. Por toda a parte surgem allí nas vizinhanças dos centros industriaes e populosos sanatorios semelhantes aos de Grobowsee, onde muitos milhares de miseros operarios tuberculosos vão recuperar a saude com o conforto, que até bem pouco tempo só aos afortunados era permittido.

Dr. *Hilario de Couvêa.*

---

## Revistas e analyses

*O signal de Koeplik no sarampam.* (*Journ. des praticiens.* 1902. p. 222.) O signal de Koeplik é quasi constante e muito precoce no sarampam. Tem, pois, especial importancia do ponto de vista diagnostico e prophylactico.

Para procurar o signal de Koeplik é preciso observar sempre as seguintes regras. O rosto do joven doente sendo bem voltado para a luz, abre-se-lhe largamente a bocca e afasta-se delicadamente das arcadas dentarias a mucosa das bochechas. Importa abster-se de mandar lavar a bocca do doente antes do exame: o aspecto da erupção seria menos claro.

Achar-se-ão geralmente em face dos molares, frequentemente na embocadura mesma do canal de Stenon, e por vezes disseminadas sobre toda a mucosa das bochechas e dos lábios as manchas procuradas. São maculas brancas e azuladas, do diametro de uma grande cabeça de alfinete; muitas vezes estas manchas são cercadas de uma listra vermelha.

Não se confundirá o signal de Koeplik com as manifestações de estomatite erythematopultacea descripta por Comby; nesta ultima affecção, a mucosa é coberta de largas placas avermelhadas.

É' extremamente importante reconhecer o signal de Koeplik em razão da sua constancia. O Dr. Nikolaus Vocetic (*Allgem. Wien. med. Zeitung*, 46, 47, 1902,) que ultimamente fez a respeito um estudo muito completo, achou-o em 92 % dos saramentos que observou. O signal de Koeplik é igualmente um signal precoce; observa-se 5 a 2 dias antes do exanthema.

A. LE BLOND e DAVID--*O acido vanadico em geral, especialmente em gynecologia.*--Do seguinte modo terminam os A. A. uma memoria sobre este assumpto, apresentada recentemente á *Sociedade de Therapeutica de Paris*:

O acido vanadico é um agente de oxydção energico; actúa á maneira das preparações ferruginosas, mas em grau muito mais elevado. O acido vanadico, em presença de uma materia organica, cede a esta o seu oxygenio, que a vai oxydar, passando ao estado de acido hypovanadico. Tomando oxygenio ao ar, regenera-se, para tornar a perdê-lo e depois recuperá-lo, e assim por deante indefinidamente, enquanto restar uma particula sua nos organs ou na superficie destes. Dos seus estudos tiram os A. A. as seguintes conclusões:

1.º O acido vanadico chimicamente puro é um excellente medicamento, que merece importante logar em nosso arsenal therapeutico, tanto a titulo de topico local, quanto de estimulante geral.

2.º Possue, sendo antiseptico, poder cicatrizante que o torna superior a todos os outros penços no tratamento das feridas cutaneas. A dose mais favoravel para este uso é a de Ogr.05 por litro de agua;

3.º Pode prestar grandes serviços em gynecologia, não dando porém; resultados muito superiores aos obtidos com outros topicos; merece entretanto preferido á glycerina creosotada, etc. por causa da sua ausencia de cheiro, de sua apparencia mais agradavel (ichthyol) e da maneira porque é tratada. A solução mais favoravel para este uso é a que se obtem ajuntando a um volume de *oxydasina* (é o nome commercial da solução a Ogr.05 por litro empregada pelos A. A. em seus ensaios) dois volumes de glycerina, o que corresponde a uma solução contendo Ogr.17 de substancia activa por litro;

4.º Do ponto de vista geral, é um adjuvante mui precioso do tratamento da tuberculose pulmonar, na dose quotidiana de 2 colheres de sopa, de uma solução a Ogr.015 por litro.

---

## Bibliographia

Com summo jubilo noticiamos o apparecimento na arena da imprensa medica brasileira de mais um importante organo mensal—a *Revista de Medicina Tropical*, publicada em S. Paulo, sob a direcção do Dr. AZREM FURTADO, com a collaboração effectiva dos Drs. IVO BANDI, FRANCISCO FAJARDO, MIGUEL COUTO, BITTENCOURT RODRIGUES, MIRANDA AZEVEDO, BARATA RIBEIRO, LONDON STRAIN, BAPTISTA DE LACERDA, AZEVEDO SODRÈ, NINA RODRIGUES, CHAPOT PREVOST e ARTHUR FAJARDO. O programma do novo periodico é reunir em suas co-

lumnas tudo quanto de original e de valor se escrever sobre a pathologia tropical. O summario do 1º numero (29 de Janeiro de 1904) éo seguinte: EDITORIAL.—*Revista de Medicina Tropical*.— Redacção.— TRABALHOS ORIGINAES—*Ankylostomyase, Oppilação, Amarellidão*, pelo Dr. London Strain; *A lepra no Brasil*, pelo Dr. Crissiuma de Toledo; *As febres de S. Paulo*, pelo Dr. Bittencourt Rodrigues; *A febre amarella apyretica*, pelo Dr. Rocha Vaz.—RETRATOS.—Dr. Ivo Bandi, Dr. Francisco Fajardo.—INSTITUTO PASTEUR DE S. PAULO: Boletim, Quadro demonstrativo do movimento de doentes; Programma do curso theorico e pratico do professor Ivo Bandi. Consta de 18 paginas com duas columnas, afora as de annuncio, grande formato.

Assignaturas: Brasil—10\$000; Extrangeiro—15\$000; Avulso—1\$000. Tambem merece elogio a parte typographica.

Sinceras congratulações á illustre Redacção.

*Nota*.—Pedimos venia para um pequeno reparo. Referindo-se a Redacção, no Editorial, ao notavel periodico, *O Brasil Medico*, a cujo alto valor somos os primeiros a render homenagem, chama-lhe—o *decano* por contar 18 annos de existencia. Ora a *Gazeta Medica da Bahia*, que ja entrou no seu 35º anniversario, tem incontestavelmente muito direito a esse epitheto. Não veja, porem, a distincção da Redacção *Revista de Medicina Tropical* nestas nossas palavras outro movel que unicamente o espirito de justiça. *Quod Cæsaris Cæsari*. Só visamos a uma retificação historica.

## Medicamentos novos

### METHYLBROMURETO DE ATROPINIUM

E' um novo composto de atropina, que, segundo as experiencias de VAUBEL, DARIER, deve ser preferido aos saes desse alcaloide até agora empregados, tanto internamente, na clinica geral, quanto na pratica ophthalmologica; O methylbromureto de atropinifum apresenta-se em crystaes brancos, facilmente soluveis na agua e no alcool diluido, difficilmente soluveis no

alcohol absoluto, na acetona e no chloroformio. Na dose de 0gr.006 a 0gr. 012, *pro die*, podem supprimir-se promptamente os suores nocturnos dos tísicos, a secreção superabundante de saliva e os suores nervosos da neurasthenia, sem os phenomenos secundarios penosos que acompanham os saes usuaes de atropina (VAUBEL). Para provocar a mydriase basta instillar no sacco conjunctival 2 gottas de uma solução do producto a 1 %. Formulas:

|  |          |
|--|----------|
| Methylbromureto de atropinium.....         | 0 gr. 12 |
| Pó de raiz de alcaçuz.....                 | 2 gr. 5  |
| Succo de alcaçuz.....                      | 0 gr. 5  |
| F. s. a. 20 pilulas. Tomar á tarde 1 ou 2. |          |
| Methylbromureto de atropinium.....         | 0 gr. 1  |
| Agua distillada.....                       | 10 gr.   |
| Para instillações.                         |          |
| Methylbromureto de atropinium.....         | 0 gr. 05 |
| Chlorhydrato de cocaina.....               | 0 gr. 1  |
| Agua distillada.....                       | 10 gr.   |
| Para instillar ás gottas nos olhos.        |          |

## Medicina pratica

*Tratamento da dysenteria por meio de suppositorios de gelo*

Pelo Dr. Raievsky

E' o mesmo processo preconizado anteriormente por Filatov e consiste no emprego, como suppositorios, de fragmentos de gelo da extensão de dois terços do dedo auricular e a mesma forma e espessura deste dedo, sendo destruidas as asperezas das extremidades do gelo por meio do calor da mão.

Empregam-se 3 ou 4 suppositorios seguidamente e o doente sente necessidade de defecar, expellindo agua resultante da fusão do gelo e accumulada no recto.

Ordinariamente o uso de um quinto suppositorio acalma o paciente, mesmo nos casos de tenesmos frequentes, permittindo-lhe alguns momentos de somno. Continuando o emprego dos suppositorios obtem-se, ao cabo de 24 horas, a redução do numero de dejecções, que baixa de 60 a 10 ou 15 e desaparece o sangue, tornando-se normal a dejecção.

## Permutas

|   |                 |
|---|-----------------|
| <i>Brazil Medico</i> .....  | Rio de Janeiro. |
| <i>Revista da Sociedade de Medicina e<br/>    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<br/>    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 Uru-<br/>    guay</i> .....    | Montevideo.     |

|   |               |
|---|---------------|
| <i>La Cronica Medica</i> .....  | Perú.         |
| <i>Gaceta Medica de Venezuela</i> .....   | Caracas.      |
| <i>Gaceta Medica Catalana</i> .....   | Barcelona.    |
| <i>Archivos de Ginecopathia, Obstetricia<br/>y Pediatrica</i> .....               | Barcelona.    |
| <i>Archivos de Terapeutica de las En-<br/>fermedades Nervosa y Mentales</i> ..... | Barcelona.    |
| <i>Le Progrés Medical</i> .....   | Paris.        |
| <i>Archives de Medecine et de Chirurgie<br/>Speciales</i> .....                   | Paris.        |
| <i>Archives de Medecine Navale</i> .....  | Paris.        |
| <i>Journal d'Hygiene</i> .....  | Paris.        |
| <i>Journal de Medecine et de Chirurgie<br/>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<br/>Medicine</i> .....                     | Philadelphia. |
| <i>Pacific Medical Journal</i> .....  | S. Francisco. |
| <i>Occidental Medical Times</i> .....   | S Francisco.  |