

Gazeta Medica da Bahia

PUBLICAÇÃO MENSAL

VOL. XXXVII

JANEIRO 1906

NUMERO 7

Anemia Tropical

(Fragmento terminal da these inaugural do Dr. OSWALDO FERREIRA BARBOSA sobre "Estudo clinico do sangue normal, especialmente na Bahia").

Entre as conclusões a que fomos levados pelo final dos nossos estudos, na observancia fiel do mais rigoroso determinismo, resalta, pela transcendencia de seu valor theorico, aquella que entende com a tão fallada *anemia tropical*.

A pallidez manifesta da pelle e das mucosas que é commum aos habitantes das zonas equatoriaes, em flagrante disparidade com a rubra côr dos recém-vindos de outros climas, estrangeiros ou repatriados, que a pouco e pouco se vão empallidecendo, até perder esse rubôr de tez que os distinguia — não deixou de impressionar, em todos os tempos, os medicos nacionaes e particularmente os medicos estrangeiros que, por qualquer circumstancia, para essas regiões se transportavam.

Em busca de uma explicação razoavel para o facto, nenhuma se lhes mostrou mais plausivel que a existencia de uma anemia physiologica, por effeito obrigado das condições climaticas.

O vapor d'agua atmospherico, cuja tensão é mais elevada que nos climas temperados, diminuindo a

tensão do oxygenio e perturbando consequentemente a regularidade dos phenomenos da endosmose pulmonar; o augmento da temperatura produzindo uma atonia geral dos tecidos e entretanto uma hyperhemia abundante nos territorios cutaneos responsavel por uma sudorese espoliadôra—taes seriam as duas causas principaes determinantes desse estado physiologico particular do sangue, tambem conhecido pelos nomes de *anemia dos climas quentes*, *anemia das latitudes*, etc.

Por outro lado a diminuição da pressão atmosphérica, associando os seus effeitos á acção expansiva do calor e concorrendo, portanto, para que seja menor a quantidade de oxygenio em um dado volume de ar—trazia como consequencia inevitavel uma anoxyhemia por menor absorpção desse gaz.

E esta defficiencia hematica, traductora da menor quantidade de oxygenio que ingride na area pulmonar a cada phase inspiratoria, estaria por tal modo ligada as influencias mesologicas, que não trepidavam medicos francezes e inglêses, em serviço nas colonias, em prescrever aos recém-chegados de outras zonas o uso de sangrias consecutivas, como condição favorecedôra da acclimação ou *indigenisação*, segundo o termo consagrado.

Simple, moderada, nas raias de uma perfeita normalidade oscillante e instavel, essa anemia physiologica—triste privilegio e apanagio exclusivo dos incolas tropicaes que, “pobres de sangue em meio de suas riquezas”, hygidamente “fracos” em comparação aos “fortes” europeus, estariam em tão o liosa e inferior desigualdade—se complicaria no terreno nosographico, passando ao estado de *cachexia tropical* com todo

um cortejo de manifestações symptomaticas multiplas e bastante graves, cujo desfecho, a continuar o individuo no mesmo meio, seria inevitavelmente a morte, quando circumstancias subsidiarias intervêm com intensidade e constancia variaveis em ordem a produzir os grãos diversos da anemia.

Do exposto se infere, que a hypohemia seria a marca por onde assignalar e distinguir o habitante das regiões calidas dos seus congeneres do globo.

A nenhum seria dado fugir deste ferrête maldito.

Aos eleitos da sorte, aos providos pela fortuna dos meios que a Hygiene aconselha contra a fatal influencia que do clima provem — restaria o consôlo de uma resistencia mais ou menos profiqua até que outra causa qualquer viesse pôr termo a um viver... tão mal vivido.

Esses teriam pago o simples tributo da *anemia physiologica*.

Aquelles, porém, cujas posses ou cuja profissão lhes não permittissem o soccorro salvador da Hygiene, antes os mantivessem em lucta continua com toda a sorte de privações, assim como aos que, embora protegidos da fortuna, fossem tarados por alguma diathese incubada ou carregassem consigo algum vicio constitucional — outro recurso não haveria que curvar a cerviz a este sorvedouro ganancioso de existencias mil: a anemia cachetica ou cachexia tropical, tambem conhecida pelos nomes de hypohemia intertropical, chlorose do Egypto, anemia dos mineiros, opilação, cansaço, etc.

Taes são as inferencias que se não podem deixar de deduzir das idéas de Férís, Jousset e Treille, em derredor dos quaes se agrupam e batem palmas todos os partidarios da *anemia tropical*.

Dupla e, portanto, a face porque fora mister encarado o assumpto, para sua mais completa e cabal explanação anemia physiologica e hypohemia intertropical.

Contentemo-nos, porém, em abordal-o pelo lado que mais intima relação offerece com o resultado dos nossos estudos sobre o sangue normal na Bahia, pois que, no tocante á hypohemia intertropical para sermos completo, paginas seriam precisas.

Não é que fuçamos a responsabilidade de um *verdictum*

Na linguagem de que usamos e no que por diante dissermos ha elementos bastantes para se concluir que em nosso espirito bem firme se tem euraizado a convicção de que as condições mesologicas por si sós, desprendidas de qualquer outra influencia, sendo incapazes de gerar no organismo uma anemia physiologica, compativel com um estado de saude mais ou menos lisongeiro, muito mais ainda o serão de occasionar uma anemia pathologica—a hypohemia intertropical.

De facto, quando em principio se suppunha que o *dochinus onkylostoma* fosse simplesmente hemoçhago até certo ponto se explicaria o escrupulo de alguns em acceptal-o como responsavel directo e unico pelo complexo morbido tão colorido e animado da hypohemia intertropical.

As lesões no sangue observadas eram alguma cousa mais do que a simples hypoglobulia de anemia por perda ou por expoliação: havia dyschromatemia (1), poikilocytose, hemi-chromatophilia, etc.

(1) Neologismo creado em um momento feliz pelo Dr. Anisio de Carvalho.

Mas depois que Lussana conseguiu extrahir da urina de individuos opilados uma substancia xaroposa que, injectada em cobayos, reproduzio nelles todas as lesões observadas no sangue de pessoas hypohemicas; depois que Arslan confirmou os dados precedentes, experimentando em cobayos a urina de individuos ankylostomasicos e inoculando posteriormente a urina dos mesmos individuos, já expurgados de ankylostoma mas ainda anemicos, sem que nada obtivesse; depois, enfim, que Almeida Magalhães (2) no Brasil, em observações feitas com todo o escrupulo do rigôr scientifico, demonstrou a existencia da ampliação volumetrica dos órgãos hepato-splenicos na ankylostomiasia — firmando-se, por este modo, a noção já suspeitada de que o parasita, sobre sugar o sangue, elabora toxinas que, absorvidas, vão actuar sobre as visceras, produzindo degenerações e as lesões do sangue constantemente observadas na hypohemia — a ninguem mais é dado negar, conscientemente e de animo imparcial, a relação de causa para effeito, que prende o *dochmius ankylostoma* á cachexia tropical.

O illustrado Mestre Sr. Dr. Anizio Circundes de Carvalho, talentoso e proficiente cathedratico da 1.^a Cadeira de Clinica Medica da nossa Faculdade, que foi quem no Brasil com mais brilho e fervor intensificou as ideas de Jousset, ampliando-as, e cujos conceitos por ahi correm, muitas vezes deturpados ou mal comprehendidos, já hoje affirma aos seus discipulos, n'um elogiavel assomo de probidade scientifica “ não negar sancção aos resultados da Hematologia moderna

(2) Revista Medica de S. Paulo (ns. 6, 7 e 8—1903)

que demonstram a inexistencia da anemia tropical, embora sintam-se em difficuldade para conciliar estes resultados com os da observação clinica que verifica accentuada pallidez nos individuos do nosso clima, quer sejam elles naturaes, quer estrangeiro ou repatriados.”

Particularizemos o nosso estudo.

ANEMIA PHYSIOLOGICA DOS CLIMAS QUENTES

Acceita entre os enthusiasmos dos primeiros momentos pelo bem arranjado de sua architectura, esta theoria muitos visos de verdade adquirio, depois que Pacifico Pereira, na Bahia e P. S. de Magalhães, no Rio, effectuaram as pesquisas hematimetricas a que nos referimos paginas atrás.

Mas não tarãram os contra-protestos...

Antes mesmo que Maurel e Marestang tivessem demonstrado experimentalmente, de modo cabal e a abrigo de qualquer impugnação, a falsidade de tal doutrina—já outros, em nome das leis biologicas, se haviam manifestado em contrario a ella.

Com effeito, si são verdadeiros (e ninguem o contesta) os factos sobre que se basearam os illustres tropicalistas mencionados—elles de modo algum autorizam a conclusão por effeito da qual nos concedem o triste privilegio de anemicos

Acceita-a—importaria negar ao organismo a faculdade tão universal aos seres vivos e superiormente desenvolvida no homem de reagir contra os agentes exteriores num esforço reaccionario de intensidade egual á da acção recebida, e, por outro lado, esquecer que a influencia do meio sobre o individuo vae de-

crescendo na medida de seu aperfeiçoamento e de sua elevação na escala taxinômica, “cuja culminância attinge quando homem”. (1)

O esforço compensador do organismo, vemos-o mostrar-se em toda sua plenitude no início da acclimação dos indivíduos estrangeiros ou repatriados, quando então a respiração se torna mais frequente e mais rápido circula o sangue nos territorios organicos, tudo isso a par e passo acompanhado de uma superexcitação funcional dos órgãos hematopoiéticos, que se materializa no augmento do numero de hemátias, observado accordemente por Maurel e Marestang— como se ao organismo intelligente se antolhasse a previsão do *deficit* que lhe adviria da menor quantidade de oxygenio existente no ar dos tropicos.

Mas que valem estas considerações e mais outras que poderíamos adduzir, si necessario fôsse, contra a anemia tropical physiologica—ante o testemunho insuspeito e alti-loquente da Hematologia, fallando pelos labios de Esequiel Dias e Miguel Pereira—do Rio de Janeiro e agora pela voz desautorizada, mas sincera, do autoôr destas linhas?

E' a hematologia moderna com todo o seu aperfeiçoamento e o seu progresso quem proclama num justo brado de reivindicação: *não, os tropicaes não são anemicos; a anemia tropical é um mytho que só existe na imaginação dos que o crearam.*

E, então, a pallidez de tegumentos que nos é propria como explical-a?

Plehn—julga-a devida á influencia dos raios solares,

(1) Miguel Pereira—hematologia tropical.

que exercem sobre o tegumento externo verdadeira pigmentação.

Eijkmann, Van der Scheer e Lhmann—explicam-na por uma ischemia cutanea, oriúnda das altas temperaturas sobre os nervos dos vasos. Miguel Pereira attribúe-a a um augmento de espessura da camada que constitúe o corpo mucoso de Malpighi, hypertrophiado e consequentemente mais denso e opaco, em virtude do excessivo trabalho a que a pelle se entrega.

Para nós—a verdade existe na combinação destas causas com o facto, que todos reconhecem, do exaggero funcional do figado, a quem incumbe grande parte da fabricação dos elementos corantes que tingem a pelle.

Com effeito, a hyper-actividade das funcções hepaticas e cutaneas ninguem há por ahí que as negue, tão consentaneas e logicas são as razões que as justificam.

Admittido por todos os tropicalistas, o hyper-funcionamento do figado é explicado pela maioria delles como consequente á grande quantidade de liquido que nos tropicos se ingere, e que, entrando na circulação, vae agir mecanicamente sobre o orgão jecoral por intermedio das veias super-hepaticas.

O illustrado Mestre Sr. Dr. Anisio de Carvalho, em sua these de concurso á Cadeira de Pathologia Medica, aventa a respeito uma explicação, que muito folgamos em registar:

“Quer-nos parecer que a alimentação habitualmente excitante de que commummente se faz uso nos paizes quentes, alliada á sollicitação feita pelos tecidos pigmentado aos orgãos prepostos ao fornecimento dos elementos corantes, explica bem o facto. Se a reclamação justa na esphera da organização é realmente

esta, pois sabe-se que a pigmentação da pelle é um recurso valioso offerecido pela natureza ás raças que têm de lutar com o calor abrasador da zona torrida”.

De plenissimo accordo; e si alguma cousa tivéssemos a acrescentar seria para tornar mais frisante a idea da adaptação, filiado tudo a ella, como o escôpo unico a que tende o exaggero funcional do figado, do mesmo modo que o da pelle.

A meningite cerebro-espinhal epidemica

(Conclusão)

No curso da molestia ou no fim da sua evolução, manifestam-se muitas vezes *arthrites*, ora constituídas por simples tumefacção dolorosa, que se termina em resolução, ora por lesões mais intensas, acompanhadas de derramamento purulento, que podem acarretar a *ankylose* definitiva. Em um doentinho de 2 annos e meio, FRONZ encontrou o meningococco no pús, extrahido por punção, de uma *arthritis tibio-tarsiana*.

Frequentes na meningite cerebro-espinhal são as perturbações oculares e oticas,

Observa-se ora a *mydriase*, ora a *myose*, ora a desigualdade das pupillas. Os reflexos destas á luz e á *accommodação* mostram-se enfraquecidos ou abolidos em muitos doentes. O *estrabismo* acompanhado de *diplopia*, encontra-se em grande numero de casos, devido quer á *contractura*, quer á *paralysis* dos musculos motores do globo ocular. E' mais commum,

segundo HEINE, a paralyisia do abductor, geralmente unilateral. Não é rara, ao dizer do mesmo autor, a paralyisia de todos os musculos oculo-motores. Os globos oculares tornam-se então fixos, não se movem nem espontaneamente, nem passivamente com os deslocamentos da cabeça. Ficam paralelos entre si, ou apresentam ligeiro grau de desvio, lateral ou vertical. As paralyisias são devidas á inflammação dos respectivos nervos, que se acham mergulhados no exsudato purulento das meninges.

Mencionemos ainda, como desordens frequentes, o desvio conjugado da cabeça e dos olhos, o nystagmo (HEINE). Varios observadores hão notado nos doentes a anesthesia da conjunctiva e da cornea, occasionando a raridade do pestanejamento, no começo da molestia, e alguns assignalam a ptose palpebral.

Hão sido verificadas muitas vezes hemorragias mais ou menos extensas na retina, e não é rara a nevríte optica, de ordinario bilateral, produzindo amblyopia ou cegueira, curavel em muitos casos. Mui raros, porém, conforme HEINE, são os disturbios visuaes dependentes de alterações dos centros opticos corticaes, as quaes devem ser diagnosticadas, diz elle, toda vez que o exame opththalmoscopico fôr negativo e conservada a reacção da pupilla, tendo entretanto desaparecido o poder visual, ou havendo amblyopia intensa com hemianopsia.

Manifestam-se ainda, como complicações, em varios doentes, keratite, conjunctivites purulentas, em cujo exsudato se tem encontrado o meningococco; infecção dos meios interiores do olho, por continuidade ou por metastase, traduzindo-se por suppuração intra-ocular,

que póde conduzir a panophtalmia e a perfuração do globo.

Refere HEINE turvação do corpo vitreo e perda da vista por formação de pseudo-glyoma. A iris é, em geral, pouco affectada, notando-se, quando muito, a formação de synechias e a adherencia da superficie posterior a face anterior do crystallino.

Para o lado dos ouvidos, além dos zumbidos de que se queixam os doentes, produzem-se não raro alterações muito mais graves.

A perda da audição é commum, devida principalmente a lesões do labyrinthó e por vezes a otite media. A inflamação suppurativa dessas partes resulta da propagação do processo phlegmasico das meninges. A surdez completa assim gerada póde ser definitiva. Varios autores assignalam o papel importante que representa a meningite cerebro-espinhal na etiologia da surdez. "Que muitos surdos-mudos devem a origem da sua enfermidade a um ataque de meningite cerebro-espinhal soffrida na infancia, diz CHRISTOPHER COLLES, é factó bem reconhecido".

Todavia, embora seja sempre sombrio o prognostico das lesões oticas na meningite, em alguns casos, em que são mais brandas, a faculdade auditiva póde ser em parte conservada ou melhorar a cophose, após a cura da molestia.

As referidas perturbações auditivas, segundo CHRISTOPHER COLLES, podem ser precedidas de hyperacusia, algumas vezes tão accentuada que se torna penosa ao enfermo, fazendo-o estremecer ao mais leve ruido.

A surdez nem sempre ocorre no mesmo periodo da

molestia, e ha casos até em que sobrevém na convalescença, havendo o paciente transposto a phase aguda do mal com o ouvido bom.

O exame do liquido cephalo-rachidiano, extrahido por punção lombar, revela alterações importantes. Os seus caracteres permitem não só diagnosticar a existencia da meningite, sinão tambem fazer o diagnostico differencial entre meningites etiologicamente distinctas.

O liquido cephalo-rachidiano, que normalmente é limpido como agua de rocha, apresenta se turvo, opalescente na meningite cerebro-espinhal. Em alguns casos, porém, pôde conservar-se claro e transparente, com pequenos floccos em suspensão, não obstante revelar a autopsia uma meningite francamente suppurada. E' mais commum, no emtanto, encontrar-se o liquido claro ou pouco turvo na meningite tuberculosa.

O exame microscopico mostra grande numero de elementos cellulares e no deposito obtido por centrifugação ha predominio de globulos polynucleares durante a phase aguda da molestia. Mas nos casos de terminação feliz, quando a doença marcha para a cura, ou na convalescença, a polynucleose é substituida por lymphocytose. A formula cytologica da meningite cerebro-espinhal em via de melhora é, pois, analoga á da meningite tuberculosa.

O exame bacteriologico (microscopico, por culturas e inoculações) demonstrará a natureza do germen pathogenico.

A completa permeabilidade physiologica de fóra para dentro das meninges ás substancias medicamentosas (iodureto de potassio, salicylato de sodio, azul de

methyleno, etc.), ingeridas ou injectadas debaixo da pelle, persiste tal na meningite cerebro-espinhal. ao passo que frequentemente se averigua permeabilidade das mesmas na meningite tuberculosa.

A evolução e o quadro symptomatologico da meningite cerebro-espinhal é algum tanto variavel, o que aliás se dá com qualquer molestia. Dahi a admissão de varias fórmãs clinicas do mal, conforme a duração, a intensidade dos symptomas, etc.

Casos ha em que a infecção é tão intensa que mata em brevissimo prazo, em 24, 6 horas, distinguindo-se pela violencia e precipitação dos phenomenos.

E' a fórmula *superaguda*, tambem chamada *fulminante* ou *siderante*. A fórmula commum ou ordinaria é a *forma aguda*, caracterizada pelos symptomas já referidos, a qual dura, em geral, de 8 a 30 dias, e pôde terminar pela cura ou pela morte.

Ha uma *forma sub-aguda*, de marcha lenta, em que se observam remissões e recahidas ou aggravações mais ou menos numerosas e intensas, prolongando-se assim a molestia durante semanas, mezes, algumas vezes mais de um anno (HUTINEL), e conduzindo por fim á morte, quando os accessos se vão tornando mais fortes e approximados e menos accentuadas as remissões, ou, no caso contrario, acabando pela cura, não, porém, sem deixar muitas vezes consequencias mais ou menos graves.

Alguns autores dão o qualificativo de *intermittente* a essa forma caracterizada por exacerbações e remissões repetidas dos symptomas.

A's vezes a molestia apresenta-se com symptoma-

tologia assaz attenuada ou reduzida, constituindo a fórma *frusta* ou *abortiva*, que cura em poucos dias.

Em alguns casos a benignidade dos symptomas nem obriga o doente a acamar-se, permittindo-lhe andar, entregar-se ás occupações habituaes, e temos então a fórma dita *ambulatoria*.

Não raro, porém, a benignidade só existe na apparencia: lesões graves operam-se occultamente, conservando-se o mal algum tempo latente, e só se manifestando ás vezes por uma morte rapida ou subita, em individuos que pouco antes pareciam bons. Essa fórma latente é, de facto conhecida dos medicos legistas como uma das causas da morte subita.

SICARD divide a fórma ambulatoria das meningites bacterianas em 3 typos: *typo ambulatorio fulminante*, *typo ambulatorio simples curavel*, e *typo ambulatorio de exacerbações sub-agudas e evolução curavel ou mortal*.

O primeiro typo e apresentado por "individuos que poucos instantes antes da morte executavam todos os actos normaes e physiologicos da existencia, sem perturbações psychicas, nem dor, nem vomitos." A autopsia revela, entretanto, uma meningite com exsudato purulento mais ou menos espesso e abundante. No segundo typo ambulatorio, "o doente continua a entregar-se ás suas occupações, sente cephaléa mais ou menos violenta, que pode tornar-se mais tenaz em certas horas do dia, mais que não o força a guardar o leito. Não tem vomitos, nem febre, apesar de certo mal-estar geral, queixa-se da nuca, pode até, sob a influencia de um resfriamento ou fadiga accidentaes, acamar-se um ou dois dias, mas sempre momentaneamente; voltam depois as forças progressivamente e o

doente cura-se completamente destes symptomas ligeiros, que os que o cercam ou elle mesmo qualificaram de gripe.”

Um individuo, o mais das vezes de 15 a 30 annos, é acommettido de symptomas geraes, calafrio, alguma febre, cephalalgia, leve dor na nuca, nauseas; acama-se repousa uns 2 ou 3 dias e mitigam-se os phenomenos. O doente levanta-se, torna a applicar-se ás suas occupações e alguns dias depois, ora sem causa apreciavel, ora em seguida a alguma imprudencia, excesso, fadiga, experimenta nova pequena crise: cephalalgia, febre, displicencia, estado nauseoso. Novo repouso no leito de alguns dias basta ainda para acalmar essa recrudescencia. A convalescença pôde seguir-se então definitivamente ou só começar depois de novas crises. Em outros casos a recabida poderá revestir character agudo e marcha rapidamente fatal.

Assim descreve SICARD o 3.^o typo da fórma ambulatoria da meningite cerebro espinhal. O reconhecimento dessas formas attenuadas, frustas, da molestia é de grande importancia clinica e epidemiologica e com relação a ellas é que o cyto-diagnostico do liquido cephalo-rachidiano presta relevantes serviços.

Em muitos casos o doente escapa á morte, mas a cura não é completa. A meningite cerebro-espinhal costuma deixar após si varias sequelas, que constituem enfermidades mais ou menos serias: são perturbações motoras, sensitivas, cerebraes, sensoriaes, taes como paralyrias, hemiplecias, diplegias, espasmodicas ou flaccidas, amblyopia, amaurose, surdez, demencia, melancolia, fraqueza da memoria, hydrocephalia nas crianças, etc.

Assim, a proposito de qualquer caso de meningite cerebro-espinal, além do prognostico, em regra geral grave, relativo á morte ou sobrevivencia do doente, temos na segunda hypothese que fazer outro, concernente á *restitutio ad integrum*.

“Ha *meningites puras*, diz CHAUFFARD, e meningites que se acompanham de *lesões cerebrae, bulbares, medullares ou radiculares*. Pela importancia que podem tomar os symptomas ligados a essas lesões, merecem taes casos clinicamente chamados *cerebro-meningites, bulbo-meningites, myelo-meningites, e neuro-meningites...* As meningites puras são susceptives de curar sem *reliquat*, ao passo que as cerebro, myelo e neuro-meningites têm o seu futuro subordinado ao da lesão que as acompanha”.

Prophylaxia e tratamento—A’ meningite cerebro-espinal devem ser applicadas as mesmas medidas prophylacticas actualmente em uso contra as outras molestias epidemicas e contagiosas.

Na Allemanha, na França, nos Estados-Unidos e em outros paizes, com effeito, a doença em questão está comprehendida entre as de notificação e desinfeccão compulsorias.

O governo prussiano, desde 1888, instituiu a respeito as medidas seguintes: 1.º Declaração obrigatoria; 2.º Isolamento dos doentes; 3.º Os meninos de uma familia em que lavra a meningite cerebro-espinal não podem frequentar as escolas; 4.º Desinfeccão como para qualquer outra molestia contagiosa.

No tocante a cada caso, as pessoas que moravam junto do doente, que estiveram em contacto com elle ou no mesmo meio, devem ser postas em observação,

o seu muco nasal examinado bacteriologicamente e caso encontre-se nelle o meningococco, serão tambem isoladas e submettidas a lavagens antisepticas das fossas nasaes e da garganta, como meio preventivo. Tambem, afim de evitar, já a dispersão dos germens, já a producção de infecções secundarias, deve fazer-se nos doentes a antiseptia das mesmas partes, por meio de irrigações, pulverizações, gargarejos, com soluções de menthol, salol, agua oxygenada, etc.

A roupa do enfermo, especialmente as peças conspurcadas pelas excreções naso-pharyngéas, devem ser bem desinfectadas.

Duas são as indicações fundamentaes do tratamento da meningite cerebro-espinhal; attenuar as desordens nervosas e combater a toxi-infecção geral e das meninges.

A' primeira indicação correspondem o opio, os bromuretos, o chloral, a cannabis indica, a belladona, etc. Os americanos gostam de empregar a bromidia. Alguns aconselham tambem a antipyrina. GOULD SPEER diz ter obtido bons effeitos com o aconito, dado em pequenas doses repetidas, contra a febre e a agitação e crê que se podem empregar o ether e o chloroformio contra as convulsões prolongadas. A applicação de gelo sobre a cabeça acalma a cephalalgia.

Varios medicamentos hão sido experimentados como modificadores geraes ou antisepticos internos. O iodureto, o mercurio, a quinina, empregados por uns, são rejeitados por outros, como improficuos, sinão nocivos muitas vezes. Sómente o calomelanos tem ainda os seus partidarios, mas parece principal-

mente util pela acção purgativa e como antiseptico intestinal.

Affirma RUHEMANN haver obtido muito bons resultados com o iodato de sodio, que possuiria poder bactericida mui accentuado. Esse medicamento foi administrado por via buccal (3 a 4 colheres de sopa por dia, para os adultos, de uma solução de 4 gr. em 200 gr. de agua), por via hypodermia (2 ou 3 injeções de 1 ou 2 c. c. de uma solução a 1:20), havendo logar para experimentarem-se injeções sub-arachnoidéas. SEIBERT tratou, com exito feliz, 5 doentes, prescrevendo-lhes grandes doses de salicylato de sodio em clysteres.

O collargol, em pomada, clysteres ou injeções intravenosas tem sido impregado por SCHIMER, MULLER, NETTER, etc.

VOHRYZEK, animado pelos bons effeitos observados em alguns doentes que tratou, recommenda a pilocarpina, administrada pela bocca, na dose diaria de 5 a 7 centigrammas para os adultos e 2 a 4 centigrammas para os meninos de menos de 14 annos, a qual actúa provavelmente descongestionando o cerebro e provocando leucocytose.

VALLOT tratou por abcessos de fixação (injecção subcutanea de 1 c. c. de essencia de terebenthina) tres casos successivos de meningite cerebro-espinhal, que terminaram pela cura, depois de haver perdido no mesmo serviço (Hospital maritimo de Cheburgo) 4 doentes da mesma molestia tratados por differentes methodos. LAFFONT recorreu tambem ao emprego dos abcessos de fixação em 4 casos gravissimos de meningite de causa diversa, conseguindo 3 curas,

uma das quaes em uma criança em que a affecção era de natureza tuberculosa. No caso fatal a meningite tambem era tuberculosa e o abcesso não chegou a formar-se.

Alguns autores hão feito uso de injeções sub-cutaneas de sôro artificial em altas doses (1200 gr. por dia.) declarando haver obtido bons effeitos: abaixamento da temperatura, sudação, diurese, mitigação das perturbações nervosas.

WOLF propoz a utilização do sôro-diphtherico no tratamento da meningite cerebro-espinal, baseando-se sobre a existencia de antagonismo por elle verificada entre o bacillo de Klebs-Lœfler e o meningococco. WAITZFEDER applicou essa medicação a 17 doentes do seu serviço hospitalar em New-York. No momento da sua publicação, 5 tinham-se restabelecido completamente, 3 haviam fallecido e 9 achavam-se ainda em tratamento. Destes, 5 mostravam-se tão melhorados que era de esperar a cura, mas o estado dos 4 restantes era tão grave que mui sombrio parecia o prognostico. O autor mostrava-se muito animado com o tratamento, que a seu dizer havia diminuido a mortalidade nos casos tratados, com ausencia de sequelas nos curados.

Outros medicos, entretanto, declaram ter empregado o mesmo sôro anti-diphtherico sem nenhum proveito.

De todos os methodos de tratamento da meningite cerebro-espinal os que têm dado melhores resultados são os banhos quentes e as punctões lombares.

Os primeiros, introduzidos na therapeutica por AUFRECHT, devem ser numerosos, 4 ou 5 por dia, pro-

longados (10 a 25 minutos de duração, e até 1 hora si for possível, segundo NETTER,) e ter a temperatura de 30 a 40°. “Assim empregados, os banhos quentes acalmam as perturbações nervosas, diminuem a cephalaigia e as contracturas, abaixam a temperatura, provocam a diurese e a sudação” (GUINON). Conforme NETTER, “parece, demais, que têm influencia directa na marcha da molestia.”

LEYDEN, recentemente, mostrou-se contrario aos banhos, accusando o transporte dos doentes para a banheira de aggravar-lhes os soffrimentos, e crê que devem ser reservados para as crianças, faceis de deslocar. A maioria, porém, dos que se têm occupado com a doença preconizam os banhos quentes, em qualquer caso.

As punções lombares têm igualmente parecido assaz vantajosas á maior parte dos medicos que as têm praticado. Uma só rachicentese pode ás vezes acarretar a cura. Mas, em regra geral, é mister repetil-as muitas vezes, até que se manifeste o effeito.

De cada vez podem retirar-se 20, 30, a 50 c. c. de liquido cephalo-rachidiano, dose esta que se não deve exceder. A punção actúa diminuindo a compressão que sobre os centros nervosos exerce o liquido cerebro-espinhal superabundante e desembaraçando as meninges de parte dos microbios, das toxinas e dos exudatos nellas accumulados. Os seus beneficos resultados traduzem-se pela attenuação da cephalalgia, das contracturas, do delirio, fazendo por vezes cessar o coma e abaixar a temperatura.

CARLOS FRANÇA associou á rachicentese a introduccão no canal rachidiano de uma substancia antiseptica. O seu methobo consiste em extrair 25 a 50 c. c.

de liquido cephalo-rachidiano e injectar em seguida no espaço sub-arachnoideu alguns centímetros cubicos (12 a 18 nos adultos, 3 a 9 nas crianças) de uma solução de lysol a 1 %. A injeção determina ás vezes alguma dor, porém passageira. Nos casos graves repete-se todos os dias o tratamento, até que o liquido cerebro-espinhal se mostre esteril. Si a meningite é purulenta, C. FRANÇA faz preceder a injeção de lysol de uma lavagem do espaço sub-meningeu com solução physiologica, introduzindo uma agulha abaixo da 12.^a vertebra dorsal e outra no espaço sacro-lombar: a solução injectada entra por uma sai pela outra.

A estatistica do autor é mui favoravel ao seu methodo de tratamento, porquanto de 58 doentes a este submettidos, sómente 17 morreram (mortalidade de 29,3 %), ao passo que de 47 doentes tratados pela punção lombar simples, 30 succumbiram (mortalidade de 63,8 %).

MORRIS MANGES usou, com successo do methodo de C. FRANÇA. FISHER, entretanto, diz que as injeções intra-rachidianas de lysol não lhe deram grande resultado.

DR. GONÇALO MONIZ.

BIBLIOGRAPHIA

GUINON—Traité de médecine Bouchard—Brissand, t. IX.—CONCETTI—C. R. du Congrès de Paris, 1900, vol. V, Méd. de l'enfance, pag. 345.—NETTER—Idem, idem, pag. 384.—NETTER—Sem. méd. 1898, pag. 281.—SICARD—Presse méd., 1901, n. 67.—A. MANDOU—Idem. 1905, n. 12.—CHAUFFARD—Idem, 1905, n. 36.

—LOEPER ET GOURAUD.—Idem, 1905, n. 9.—CH. LÉPIERRE—Journ. de physiol. e pathol. gén.—1903, pag. 527 e 547.—A. PINTO—Idem, 1904, pag. 1058 e 1081.—COURTELLEMONT—These de Paris, 1904.—CARLOS FRANÇA—Meningite cerebro-espinhal epidemica, Lisboa, 1902.—CARLOS FRANÇA—Deutsche medizin. Wochenschrift, 1905, n. 20, pag. 789.—COSTE—Arch. de méd. et pharm. militaires, 1904, pag. 115.—SIMON—Rev. mens des mal de l'enfance, 1905, pag. 271.—CH. DOPFER—Gaz. des hôp. 1905, n. 58.—KIRCHNER—Münch. med. Wochenschr. 1905, n. 21.—LENHARTZ—Idem idem n. 12.—HILDESHEIM—Lancet, 1905, vol. I, pag. 1332.—ORMEROD—Idem, idem pag. 1117.—WESTERHÖFFER—Berl. klin. Wochen., 1905, n. 24, pag. 737.—KIRCHNER—Idem, idem ns. 23 e 24.—GOEPPERT—Idem, idem n. 25, pag. 772.—RUHEMANN—Idem, idem, n. 18.—COUNCILMAN—Journ. of Amer. Med. Ass. 1905, 1.º de Abril.—WILSON—Idem, idem, 29 de Abril.—CHRISTOPHER J. COLLES—Med. Record, 1905, n. 11, pag. 418.—WAITZFELDER—Idem, idem, n. 10.—GRANT GOULD SPEER—Idem, idem, n. 15, pag. 561.—SEIBERT—Idem, idem, n. 24, pag. 930.—PEABODY—idem, idem, n. 19, pag. 735.—HEINE—Berl. klin. Wochen. 1905, n. 25 —WEICHELBAUM und GHON—Wiener klin. Wochen, 1905, n. 24, pag. 625.—VERRILL—Med. Times, 1905, Maio.—FRANCIS HUBER—Arch. of Paediatrics, 1905, Maio.—TRAVERS SMITH—The Practitioner, 1903, n. 3, pag. 338.—KENNETH Mc GAHEY—Journ. of tropical Méd., 1905, pag. 210 e 304.—A. CASTELLANI—Lancet, 1905, vol. II, pag. 553.—FRIEDEL—Progrès méd., 1905, ns. 28 e 30.—ACHARD—Rev. scient. 1905, 2.º sem., n. 9, pag. 257. ZAGUELMANN—Thèse de Paris, 1905.—JACOBITZ—Münch. med. Wochen. 1905; n. 45.—LAFFORGUE—Arch. de med. et pharm. mil. 1905, p. 462.

Tachycardia nos tuberculosos

Pelo Prof. Dr. K. Rohland

(Tradução do Dr. PRADO VALLADARES)

Dentre as alterações, que produz sobre o coração a tuberculose chronica, queremos primeiro fallar daquella que é de ha muito conhecida e mais frequentemente observada—a tachycardia ou aceleração dos batimentos cardiacos. A tachycardia apparece não somente nos tísicos febricitantes, sinão também nos apyreticos.

Tem-na especialmente individuos jovens, de tara hereditaria e apresentando o *habitus* phymatoso, mesmo quando a tuberculose nelles não se tenha revelado, o que leva alguns medicos a considerarem-na signal prodromico desta. Pode-se também observar a tachycardia em tísicos curados.

A aceleração do pulso é muitas vezes permanente; com facilidade sobe de ponto por influencia das refeições, do trabalho physico ou mental, inda que moderado. Verdade é que no individuo normal, sob a influencia das causas apontadas, differença também se faz sentir na cifra das pulsações; mas, no tuberculoso, esta differença sobrexcede.

A frequencia exaggerada do pulso pode ser vista nos tísicos, mesmo em completo repouso: noventa e cem pulsações por minuto não é raro observar. O pulso, sobre ser frequente, é quasi sempre pequeno e muito fraco, muita vez também irregular.

A pressão sanguinea é, sobretudo quando a tísica é algo avançada, diminuida, a não ser que haja concomitantemente uma nephrite. Palpitações e ancia são phenomenos subjectivos de que de *commum* se queixam

os doentes tachycardicos. A exploração physica do coração revela muitas vezes sopros systolicos transitorios nos varios focos.

A explicação da tachycardia tuberculosa foi tentada em diversos seutidos. Alguns autores responsabilisavam a compressão de nervo vago e faziam assim da tachycardia um symptoma em particular da adenopathia tracheo-bronchica de natureza tuberculosa.

E' bem verdade que em alguns casos se tem encontrado um dos nervos vagos e mesmo ambos envolvidos em ganglios lymphaticos hypertrophiados ou em espessamentos pleuraes e pericardicos. Mas em todas estas circumstancias determinantes de compressão, o nervo vago excita-se e a excitação delle se traduz ao contrario por um retardamento das pulsações (bradycardia), o que na tuberculose é muito raro observar. Demais, não se mede com a extraordinaria frequencia da tachycardia na tuberculose a extrema raridade de uma verdadeira compressão ganglionar exercida sobre o pneumogastrico. Por todas essas considerações poucos adeptos conta no momento actual a explicação exarada, e a maioria dos autores crimiram agora, na causalidade da tachycardia, as toxinas do bacillo de KOCH e dos outros micro-organismos que determinam a infecção secundaria, sem que possam aliás dizer como actúam taes substancias no complicado mecanismo regulador da actividade cardiaca. Tambem falla mal desta outra explicação a circumstancia de que a tachycardia continúa a existir nos tuberculosos curados.

Ha uma terceira explicação que me parece merecer primeira plana

As pesquisas mais modernas confirmaram a antiga

noção clinica da pequenez do coração na tísica. Pois bem, a tachycardia deriva desta micro-cardia, de ha tanto assigalada. Um coração pouco desenvolvido tem por isso mesmo uma capacidade menor, de modo que a cada contracção a massa sanguinea propellida é pequena; por isto, para manter o coefficiente circulatorio necessario, se deve elle contrair mais frequente-mente que um coração normalmente desenvolvido.

Ligeiras notas medico-legaes

As feridas feitas *post-mortem* nos afogados sangram facilmente por causa da grande fluidez do sangue. Ferida sangrenta em um afogado não prova, pois, que fosse feita em vida.

Signal de morte por submersão, geralmente considerado valioso, a despeito de algumas opiniões contrarias (LESSER, HUEVKOOSKY), é a existencia de corpos extranhos de origem aquatica no ouvido medio, não estando rota a membrana do tympano. O corpo extranho só podia lá penetrar, ao que parece, mercê de fortes movimentos de inspiração ou deglutição, tomando como via a trompa de Eustachio. Mas o facto só possúe tal significação quando o corpo extranho é inanimado, porquanto os pequenos animaes que vivem na agua pôdem entrar na caixa do tympano de um cadaver, seguindo o caminho indicado.

Conforme STOENESCO, o sôro do sangue do coração esquerdo tem, em geral, nos afogados grau cryoscopi-

co inferior ao do sôro sanguineo do coração direito, por causa da diluição mais rapida do sangue arterial pela agua absorvida pela mucosa pulmonar. Mas esta prova só é possível quando o sangue do coração é liquido (embora raramente pôde achar-se coagulado) e o cadaver não está ainda em putrefacção.

Segundo algumas observações feitas na especie humana e experiencias praticadas em animaes, affirma COESTER que ha um signal seguro pelo qual se pôde reconhecer se um homem morreu em um incendio ou em uma atmospherá cheia de fumo ou se foi posto nesta depois de morto: é o deposito de fuligem nas finas ramificações bronchicas, nos alveolos pulmonares, e a infiltração da mesma nos tecidos circumjacentes. Eis as conclusões a que elle chegou, expostas em recente publicação:

1.º Mediante o exame histologico dos pulmões pôde decidir-se si um individuo morreu queimado ou suffocado, ou si depois de morto foi collocado em ambiente carregado de fumo;

2.º Si o individuo respirou em atmospherá asphyxiante, acha-se nos bronchiolos, nos alveolos e nos tecidos interpostos um deposito fuliginoso, e só desaparece depois de muito tempo;

3.º Uma causa unica de erro pôde haver si se trata de individuos que pelo seu mister (carvoeiros, mineiros, etc), tenham sido constrangidos a inhalar pó de carvão; mas ainda em taes casos o deposito carbonoso não é tão extenso e pronunciado como nas referidas condições asphyxicas.

O fígado e o baço possuem, no vivo, reacção alcalina apreciavel ao papel de turnesol; mas algum tempo após a morte essas visceras apresentam, em relação ao mesmo reagente, reacção acida progressivamente crescente.

Este phenomeno, segundo BRISSEMORET e AMBARD, constitue signal certo da morte e de grande valor na pratica, porquanto a reacção acida apparece rapidamente após a cessão da vida, absolutamente constante e facil de verificar-se. Extrae-se a polpa de qualquer dos ditos orgams mediante uma punção aspiradora feita com uma agulha fina montada em pequena seringa e experimenta-se a reacção com papel de turnesol. Dois casos podem apresentar-se: a) A morte remonta a muitas horas. Neste caso a acidez visceral é tal que basta depositar a mistura de pôlpa e sangue que vêm na agulha sobre o papel de turnesol para ver apparecer quasi immediatamente na face opposta uma mancha vermelha ou rosea caracteristica. b) A morte remonta a menos de 2 horas. Neste caso a acidez visceral pôde ser mascarada pela alcalinidade do sangue. Este pôde ser afastado arrastando-se um pouco a pôlpa sobre o papel de turnesol; a pôlpa assim tornada exsangue é reunida em pequeno cumulo sobre uma parte do papel ainda immaculada. Si a pôlpa é acida basta levantá-la com a ponta da agulha para vêr logo a parte do papel, onde a pôlpa foi reunida, salpicada de pequenas manchas vermelhas; pode-se igualmente olhar o papel de turnesol pela face opposta, onde não tardará a apparecer pequena mancha rosea. No fim de 5 minutos de estada da pôlpa sobre o papel, convém retirá-la e seccá-la, para evitar a acidifi-

cação que se faria sobre o papel. Nesta reacção a hemoglobina do sangue não perturba de forma alguma a clareza do phenomeno.

G. M.

Revistas e Analyses

As febres de origem occulta, pelo Dr. BOZZOLO, que fez sobre o assumpto uma *communição* ao XIII Congresso da Sociedade Italiana de Medicina Interna, cujo extracto transcrevemos do n. 7 deste anno da *Gaceta Médica Catalana*: Acontece frequentemente ficar o medico preplexo diante de um doente que tem febre de grande duração, por lhe não ter permittido a investigação clinica mais cuidadosa descobrir a origem da mesma. Isto succede nos casos de febres de origem occulta, que são ordinariamente diagnosticadas de origem intestinal, commettendo-se, ás mais das vezes, duplo erro—diagnostico e therapeutico. Compreendem-se nesse grupo processos de natureza muito differente, pelo que é util e pratico classificar-os, de accordo com o professor BOZZOLO em:

1.º Casos em que a febre constitue a unica manifestação morbida e cuja causa reside em focos profundos, apenas reconhecidos á autopsia. E' o que succede com a endocardite chamada alba ou endocardite latente, forma de endocardite ulcerosa que, em vida, dá apenas uma febre de typo remittente em geral, sem que se possa descobrir nenhum symptoma objectivo no coração ou nos demais organs.

2.º Casos em que a febre apparece como symptoma unico da molestia durante um tempo mais ou menos

longo, como succede com a febre intermittente que precede os tumores glandulares da pseudoleucemia, a qual desaparece por algum tempo, voltando depois sem apresentar localizações; diagnostica-se por isso febre malarica, mas resiste ao tractamento pela quinina; apresentam-se depois tumefacções glandulares no pescoço, na virilha e na axilla com todo o quadro da pseudo-leucemia, com que póde continuar a febre. E' a chamada febre recorrente de EBSTEIN.

Neste grupo devem incluir-se as febres pretuberculosas ou typho-tuberculosas, que duram um ou dois mezes e passam, fazendo crer que se tractou de um caso de febre typhica curada; ás vezes não são ellas mais do que o preludio de uma tuberculose, que se manifesta depois de certo tempo, um anno, dous annos ou mais.

Ainda pertencem a este grupo as febres que precedem ou acompanham o desenvolvimento dos tumores malignos, especialmente os do estomago; têm um typo intermittente, duram algum tempo e são consideradas febres de natureza intestinal até que se manifestem os symptomas de um carcinoma gastrico ou de outro orgam, como frequentemente o figado e raramente o mediastino.

3.º Casos de febres syphiliticas, surgindo no periodo terciario ou no periodo latente de uma syphilis adiantada. A's vezes acompanham-se de lesões da syphilis, que podem faltar ou apparecer tardiamente. A febre é intermittente, pode durar muito tempo e cede ao iodureto de potassio, não devendo ser confundida com a do periodo secundario da syphilis, que é uma febre frequente, ainda que ligeira. A causa da febre d'este terceiro grupo é clara em alguns casos, acompanhados

de symptomas de gommas ou outras formações syphiliticas; outras vezes não é possível descobri-la pela ausencia de manifestações evidentes, podendo estas existir profundamente.

4.º Ha finalmente febres de origem occulta propriamente dicta, estudadas modernamente; são formas de bacterihemia sem localisação ou com localisação tardia, devidas á propria bacteria ou a seus productos. Algumas bacterias são frequentes (o estaphylococco, o estreptococco), outras mais raras (*b. Eberth*, tetragenico, *b. coli*, proteus); ás vezes a febre persiste, depois de curada uma localisação, pneumonica por exemplo, continuando a septicemia diplococcica.

A septicemia estreptococcica produz febre de accessos, a pneumococcica typo continuo, a tuberculosa typo intermittente (febre hectica). Ordinariamente estas febres evolvem com sensação de *euphoria* por parte dos enfermos, que têm appetite e não se recolhem ao leito, julgando-se apenas adoentados.

J. F.

P. BLONDIN—*Ensaio sobre o papel do bacillo de Koch na genese de certas cirrroses do figado "ditas alcoolicas"*. (These, Paris, 1905)—Neste interessante trabalho procura o A. demonstrar, por argumentos etiologicos, clinicos, anatomicos, experimentaes e therapeuticos, que, além das varias affecções que constituem o que se considera a tuberculose classica do figado (cirrhose hypertrophica gordurosa, hepatite tuberculosa não hypertrophica ou parenchymatosa, tuberculos do figado, degeneração gordurosa ou amyloide, cirrhose

tuberculosa de typo Hanot-Lauth), certas cirrroses hypertrophicas ditas alcoolicas são de origem tuberculosa, unica ou mixta, sendo, em todo caso, bacilliferas. Eis as suas conclusões:

1.º O bacillo de Koch pode produzir no figado lesões multiplices. Afora as lesões classicas, este organo pode reagir pela *esclerose simples*, o mais das vezes hypertrophica;

2.º A presença do bacillo de Koch na ascite de certas cirrroses hypertrophicas, verificada pela inoscopia e inoculação, deve fazer suspeitar a natureza de certas cirrroses attribuidas geralmente ao alcool;

3.º A inoculação destes figados cirrrosados na cobaia, produzindo nesta lesões tuberculosas (cancro, adeno-pathia, generalisação), prova que elles são muitas vezes *bacilliferos*;

4.º Ha logar de procurar, pelos diversos meios de investigação que fornece o laboratorio, si, ao lado das cirrroses indubitavelmente alcoolicas, não existem muitas vezes cirrroses bacillares latentes, desconhecidas pela clinica e que passam despercebidas na autopsia (exame macroscopico e até microscopico);

5.º A maior curabilidade de certas cirrroses hypertrophicas, espontaneamente ou após tratamento cirurgico ou medico, poderia, em certos casos, explicar-se pela origem tuberculosa das lesões, a evolução destas fazendo-se no figado como se faz nos outros organs.

A. CARDUCCI — *Sobre o valor therapeutico da alimentação hyochloretada.* — Conclusões geraes que tirou o A. das suas experiencias:

1.º A alimentação hyochloretada nas nephrites,

agudas, sub-agudas ou chronicas, tem acção reabsorvente não duvidosa sobre os edemas, sem que, porém, se possa estabelecer si esta acção é superior á da alimentação lactea. Sobre a albuminuria nephritica o regimen hypochloretado não tem acção directa e nenhuma acção igualmente sobre os phenomenos uremicos chronicos.

2.º A alimentação hypochloretada nenhum resultado deu em um caso de albuminuria orthostatica, mas fez desaparecer totalmente uma albuminuria leucemica.

3.º Só se deve aconselhar a alimentação hypochloretada nas pleurisias exsudativas depois que a febre cessou ou quando persistindo esta ainda mui levemente, o doente tem muito appetite: no periodo febril convém desaconselhar-se absolutamente.

4.º Nas cirrhoses vulgares a alimentação hypochloretada faz diminuir rapidamente a ascite; quando, porém, esta é muito antiga deve associar-se a paracentese; deste modo impede-se a formação de novo transudato.

5.º Nos edemas por cardiopathias em geral a alimentação hypochloretada não é aconselhavel porque os doentes muito esfomeados preferem a alimentação lactea, e porque nos casos em que se tem podido experimentar o resultado tem sido duvidoso.

6.º Na arterio-esclerose em estado de hypertensão a alimentação hypochloretada não tem nenhuma acção e quasi nunca outrosim tem acção sobre a arterio-esclerose com localização quer cerebral, quer cardiaca ou renal.

7.º Na epilepsia a alimentação hypochloretada não só é inutil, sinão que algumas vezes prejudica; associada, entretanto, ao uso dos bromuretos em dose moderada (4 a 5 gr. por dia) deu em um caso optimo resultado.

Tractamento de algumas affecções pela gymnastica respiratoria. O Snr. CARLES assignala alguns resultados therapeuticos obtidos graças a ampliação thoracica forçada. Em um homem de 45 annos, hyposystolico, emphysematoso, com augmento enorme do figado, os diureticos e a cafeina pouca melhora produziram ao passo que os exercicios respiratorios rapidamente diminuiram de modo notavel o volume do figado.

Em outro doente tendo malformação thoracica, desvio do coração e palpitações violentas, a gymnastica respiratoria deu, no espaço de dous mezes, um augmento de dous centimetros do perimetro thoracico.

Em uma observação do Dr. SÉRÉGÉ, publicada, como os casos de CARLES no *Journal de Médecine de Bordeaux*, foi evidente a acção da gymnastica respiratoria no tractamento de manifestações gastricas do hepatismo, tendo sensivelmente diminuido de volume o organo jecoral e cedido todas as demais perturbações pathologicas.

SÉRÉGÉ faz com que os doentes executem movimentos de elevação, acima da cabeça, dos braços em extensão e reunidos na linha mediana e tambem movimentos de afastamento dos braços, tudo combinado com profundas inspirações do doente.

Taes movimentos devem ser executados 8 a 10. vezes seguidas, duas ou tres vezes por dia a principio, depois de duas em duas horas, conforme o estado do enfermo.

Como meios complementares recommenda movimentos abdominaes, capazes de activar a circulação do abdomen, como a flexão do tronco para diante, para a direita e para a esquerda, circumducção e rotação

estando o doente de pé; depois flexão do tronco sobre as pernas, achando-se o paciente em decubito dorsal, com as mãos fixadas na parte posterior da cabeça, de maneira a pôr em jogo os musculos abdominaes.

Antes de indicar taes movimentos convém escutar cuidadosamente os doentes afim de agir com a maxima prudencia no caso da existencia de lesão cardiaca.

J. F.

G. VANSTENBERGHE E M. BRETON — *La leucocytose digestive, sa valeur diagnostique* (Arch. de méd. expérim. 1905, p. 471). —

Conclusões: 1.º Existe normalmente no homem são uma leucocytose post-digestiva que attinge o seu maximo duas horas após a refeição, e que excede notavelmente as oscillações diarias da curva leucocytaria do homem em jejum.

2.º O augmento leucocytario, verificado após a refeição, dá-se principalmente na proporção dos mononucleares. No homem em jejum, ao contrario, as fracas variações diarias fazem-se na massa dos polynucleares.

3.º A leucocytose post-digestiva falta em certos estados pathologicos, particularmente no curso do carcinoma gastrico e do hepatico.

4.º A ausencia de reacção não está ligada á cachexia ou anemia que acompanham quasi sempre essas affecções. Parece depender de uma perturbação funcional irreparavel de organs digestivos que não podem ser suppridos.

5.º A prova da leucocytose pode entretanto ser negativa em caso de tumor gastrico. Não se póde,

pois, considerar este processo como um meio de diagnostico absoluto: Tem, todavia, consideravel importancia, mais consideravel talvez do que os processos chimicos recommendados, sobretudo si a nomenclatura, manifesta, após a refeição, diminuição da quantidade primitiva dos leucocyts.»

Meio de conhecer a actividade pancreatica (*The Practitioner* apud *La Semana Medica* de Buenos-Aires n.º 1 de 1906)— Administrando, em diversas doses, 18 decigrammas de salol por dia, surge na urina acido phenico resultante da decomposição, no intestino, do salol sob a acção do succo pancreatico alcalino. Na ausencia deste succo o salol não se decompõe, eliminando-se em natureza. Para reconhecer o acido phenico na urina são os seguintes os melhores reactivos:

a.) Juntando á urina algumas gottas da solução de perchlorureto de ferro, produção de colorido violeta.

b.) Juntando agua bromada, ás gottas, formação de um precipitado de tribromureto de phenol (C.² H.² Br.² O H.)

c.) Com o reactivo de MILLON (azotato acido de mercurio) côr vermelha viva. Pode-se, por este meio diagnosticar a obstrucção do conducto pancreatico.

Ensaios de classificação das molestias mentaes

DE M. DIDE

I—Estados congenitos

Agenesias psychicas..	{	Idiotia
		Imbecilidade
		Debilidade mental
		Debilidade moral
		Obsessão impulsiva

Psychoses com base de interpretações delirantes.....	{ Perseguidos Perseguidores	{ processistas hypochondriacos amorosos
	{ Megalomaniacos Inventores reformadores Systematizados progressivos	
Exageração de estados affectivos.....	{ Mania aguda Mania chronica (mania racionante) Melancolia simples aguda Melancolia chronica Loucura intermitente.	
Agencias thyroidéas	{ Myxoedema congenito	

II—Dystrophias adquiridas

Dystrophia thyroidéa	{ Myxoedema espontaneo do adulto	
Dystrophia por involução senil.....	{ Agitação maniaca Melancolia delirante Delirio de preconceito	
Dystrophia vascular..	{ Arterio-esclerose cerebral	{ senil (demencia senil) alcoolica
Dystrophia por lesões cerebraes circumscriptas	{ Agnosias	
Dystrophias por lesões cerebraes difusas	{ Paralias geraes Meningo-encephalite infantil [pseudo-hebephrenica ou precoce	

Dystrophias ligadas á } Demencia precoce simples (idio-
puberdade. } tia adquirida de Morel)

III—*Psychoses infectuosas*

Chronicas.....	{ Psychoses allucinatorias de evolu- ção demencial mais ou me- nos rapida (demencia pseudo- paranoide.)
	{ Molestia de Khalbaum (demen- cia pseudo-hebephrenica e ca- tatonica).
Sub-agudas.....	{ Confusão mental
	{ Delirio epileptico
	{ Delirio de collapso
	{ Delirio agudo
Agudas.....	{ Delirio alcoolico agudo
	{ Delirio alcoolico sub.agudo (<i>deli- rium tremens</i>)
	{ Delirio das molestias febris

Tocologia e Gynecologia

A FECUNDIDADE DA MULHER EM 66 PAIZES

Na Belgica, no Congo, na Coréa, na França, nos Estados- Unidos, em Portugal e no Japão todas as familias teem na media 3 a 4 filhos. Os Russos, os Canadenses, os Cubanos e os Persas são mais ferteis e possuem approximadamente 10 filhos por familia. São frequentes na Grecia os partos gemeos na proporção de 1:50. O autor refere diversos casos de mulheres que

tiveram 39 e 52 filhos; d'entre estas uma russa deu á luz 77 crianças e uma outra 69 em 27 gestações.

Quanto a estatura as mulheres são mais altas no Paraguay e na Italia (1,^m80 a 1,^m63).

(Ext. da "Vié Medicale").

Transcripto do "American Medécine" refere a *Semana Medica de Buenos-Aires* o caso de uma mulher residente em Hawai que deu á luz sete crianças em menos de uma semana, fallecendo todas em pouco tempo.

Contribuições bacteriologicas á infecção puerperal

HELLENDALL examinando diversos casos de aborto com retenção de qualquer particula anexial, verificou que o utero não fica por muito tempo sem germens.

A infecção é autogena ou heterogena. A auto-infecção se observa principalmente quando ha retenção ovular ou sanguinea.

A passagem dos microbios da vagina para a cavidade uterina se faz graças á existencia de coagulos no utero e na vagina.

Os germens penetram entre as membranas ou no liquido amniotico e d'ahi, atravez o amnios, nos espaços intervillosos.

(Trad. de l'Obstétrique—Novembro de 1905).

Novo processo de coloração do gonococo

Segundo o Dr. Leszcynske, consiste em espalhar sobre uma lamina o pús blenorragico, fixal-o como de ordinario e tratal-o durante um minuto com a solução seguinte:

Solução aquosa saturada de thionina.....	10 c. c.
Agua distillada.....	88 c. c.
Acido phenico liquido.....	2 c. c.

Lava-se com agua simples e depois deixa-se, durante um minuto, em contacto com o liquido abaixo:

Solução aquosa saturada de acido picrico.....	} a á 50 c. c.
Solução de potassa a 1:1000.....	

Immerge-se em seguida a lamina, sem laval-a, em alcool rectificado e cinco segundos depois lava-se com agua, secca-se e monta-se a preparação.

O protoplasma dos leucocyots se córa em amarello, seus nucleos em vermelho violaceo, as cellulas epithe-liaes em amarello claro e os gonococos em preto.

(Ext. da "Semana Medica de Buenos-Aires" — n. 1 — 1906.)

Medicina pratica

Formulá usada, com successo, em casos de *adenopathias, hypertrophia das amygdalas e vegetações adenoideas* (Marfan):

Agua distillada.....	100 gr.
Xarope de casca de laranjas amargas.....	50 gr.
Iodo metallico.....	5 centgr.
Íodureto de sodio.....	20 centigr.
Arseniato de sodio.....	1 centigr.
Uma a 4 colheres de chá por dia, conforme a idade.	

CONTRA A DYSENTERIA

Agua oxygenada a 12 volumes.....	10 gram.
Chlorureto de sodio.....	5 gram.
Phosphato de sodio.....	3 gram.
Bicarbonato de sodio.....	50 centigr.
Agua.....	900 gram.

Para clyster:

DESINFECÇÃO DOS APOSENTOS

Essencia de eucalypto	20 gram.
Essencia de alfazema.....	} ã ã 10 gram.
Essencia de rosmaninho.....	
Formol.....	

Uma colher de sopa em um copo de agua quente para vaporização.

BLEPHARITE ESCAMOSA

Resorcina	8 gram.
Oxydo de zinco.....	1 gram.
Vaselina.....	10 gram.

A' noite, após lavagem, untar a borda das palpebras, na raiz dos cilios, com esta pomada.

(Scripi).

Bibliographia

DR. JOÃO A. G. FRÓES—*Discurso de abertura do Curso da 2.^a Cadeira de Clinica Medica Bahia. 1905, 25 p.*—E' a eloquente e douta oração, já publicada nesta *Gazeta*, com que iniciou, na Faculdade de Medicina da Bahia, o curso de Clinica Medica no anno lectivo proximo passado o illustrado e laborioso Substituto da 6.^a secção, mandada imprimir avulsamente, em homenagem ao mestre, pelos alumnos da 5.^a serie medica. Em clara e erudita resenha mostra o A. a importancia do estudo clinico, indica os reconhecimentos indispensaveis ao medico no exercicio da sua difficil profissão, aponta os verdadeiros meios de alcançal-os, firmando a necessidade do consorcio da theoria,—isto é, da sciencia das acquisições accumuladas pela vasta obser-

vação e experiencia dos antepassados e dos contemporaneos em eras e logares differentes,—com a pratica, isto é, a observação pessoal, a experiencia propria de cada um, que só se obtêm com a assiduidade attenta junto ao leito dos enfermos, com as investigações pacientes no recesso dos laboratorios. Disserta em seguida criteriosa e proficientemente sobre “o problema clinico, em seu triplice designio—o juizo diagnostico, o prognostico e o therapeutico”, mencionando os varios processos semiologicos hoje usados, tratando do diagnostico e do prognostico nas suas diversas modalidades e dos respectivos elementos, estabelecendo em fim as bases e os preceitos do tratamento clinico.

Não é, pois, uma simples peça oratoria, como o titulo de *Discurso* (de que tanto se abusa entre nós) poderia fazer crer, sinão que mais um trabalho scientifico de valor, que vai reunir-se a muitos outros com que o illustre e diligente Professor tem enriquecido a literatura medica nacional.

G. M.

Drs. J. AFFONSO DE CARVALHO E CAIO MOURA—*Lições de Anatomia Humana*—Curso de Anatomia Medico-Cirurgica—1.º Fasciculo—Bahia—1905.

“Vencendo difficuldades quasi insuperaveis, umas de ordem scientifica, outras de natureza material’ oriundas todas de nosso meio literario e artistico” conseguiram os A. A., que são dignos preparadores de Anatomia da Faculdade de Medicina da Bahia, dar a lume o fasciculo primeiro das *Lições de Anatomia Humana*, correspondente ao *Curso de Anatomia medico-cirurgica*.

A valiosa tarefa de que, em boa hora, se incumbiram os A. A., e que levarão certamente a termo com lustre para seus nomes de mestres justamente acatados e gloria para a Faculdade a que pertencem, comprehendendo dous cursos distinctos — um de Anatomia Descriptiva e outro de Anatomia Medico-Cirurgica, a que pertence o fasciculo noticiado.

As gravuras que ornamentam e esclarecem o texto são bem nitidas e de todo originaes, pois que são copiadas de preparações feitas pelos distinctos auxiliares do ensino em nossa Faculdade, aos quaes endereça a *Gazeta Medica* o seu mais franco applauso pela nobilitante empreza em que se empenharam.

J. F.

Doutorandos de 1905 e lista das Theses sustentadas em Dezembro

- 1 Adolpho Rabello Leite (Sergipe) — Relação entre a materia e os phenomenos espiritas.
- 2 Adroaldo Pires de Carvalho (Bahia) — Estudo da spleno-pneumonia.
- 3 Alberico Diniz Gonçalves (Bahia) — Peixes venenosos
- 4 Alfredo Augusto Gaspar (Bahia) — Das psychopoli-nevrites (Syndroma de Korsakoff).
- 5 Alfredo Clodoaldo de Oliveira (Pernambuco) — Da escoliose e seu tratamento.
- 6 Alipio Alipino da Silva (Bahia) — Nephrite.
- 7 Alvaro Emilio de Cerqueira Lima (Bahia) — Da separação endo-vesical das urinas.
- 8 Amabilio Terres Coutinho (Alagôas) — Alguns especimens da flora brasileira.
- 9 Antonio Raposo Pinto (Alagôas) — Traz o casamento consanguineo degeneração da raça?

- 10 Antonio Carlos Soares de Avellar (Pernambuco)—
Do estudo clinico das fracturas do craneo.
- 11 Arthur Lavigne de Lemos (Bahia)—Estudo ana-
tomo-clinico do pemphigo-foliaceo,
- 12 Basilio Torreão Franco de Sá (Maranhão)—Try-
panosomiase humana (Molestia do somno).
- 13 Constantino da Silva Tavares Filho (Sergipe)—
Estudo clinico sobre o basedowismo.
- 14 Demosthenes Drummord de Magalhães (Bahia)—
Da hernia inguinal (Cura radical pelo processo
de Bassini.
- 15 Francisco Clementino Carneiro da Cunha (Pariz)
—Do abortamento.
- 16 Heraclito de Oliveira Sampaio (Sergipe)—Do tra-
tamento da syphilis no recém-nascido.
- 17 Jeremias de Lima Valverde (Bahia) — Distocia
ossea materna e suas indicações.
- 18 João Gonçalves do Couto (Bahia)—Ligeiro estudo
clinico da pelada.
- 19 João Baptista Marques Ferreira (Bahia)—Hygiene
escolar.
- 20 João Baptista Gomes da Luz (Pernambuco)—Do
lupus de Cazenave.
- 21 José Augusto Bastos (Bahia)—Do diagnostico das
affecções vesicaes pelos cytoscopios.
- 22 José Marques dos Reis Junior (Bahia)—O ophthal-
moscopio perante a medicina.
- 23 José de Araujo Domingues Carneiro (Ceará)—De-
mencia precoce e delirios paranoides.
- 24 José de Barros Albuquerque Lins Filho (Alagôas)
—Das gastrectasias atonicas e seu tratamento.

- 25 José Valente Ribeiro (Alagôas)—Do tratamento das phlebetasias.
- 26 José de Arruça Souto Maior (Pernambuco)—Da etio-pathogenia e auto-intoxicação eclamptica.
- 27 José Bandeira de Mello Filho (Pernambuco)—Das laparo-hysterectomias no Brazil.
- 28 Leoncio José Rodrigues (Bahia) — Das ascites (Synopsis).
- 29 Liraucio Gomes (Bahia)—Coproscopia clinica.
- 30 Luiz Antonio Ferreira Coelho (Bahia)—Concepção pathogenica e diagnostico dos tremores.
- 31 Manoel Herminio da Silveira Mesquita (Alagôas) — Tratamento das dyspepsias pela massagem.
- 32 Manoel Guedes Correia Gondim (Ceará)—Da arthrite blennorrhagica.
- 33 Moacyr Rabello Leite (Sergipe)—Pathogenia e therapeuticamente dos edemas.
- 34 Octavio de Souza Brandão (Bahia)—Do casamento e sua regulamentação.
- 35 Olympio Augusto da Silva Miranda (Bahia)—Amblyopia toxica.
- 36 Olympio Cardoso da Silveira (Sergipe)—Das relações da elephantiasis dos arabes com a filaria.
- 37 Oswaldo Ferreira Barbosa (Maranhão) — Estudo clinico do sangue, especialmente na Bahia.
- 38 Othon Chateau (Maranhão)—A hygiene nas egrejas
- 39 Pedro Rodrigues de Vasconcellos (Alagôas)—Considerações sobre a febre .
- 40 Raul Henrique Schimidt (Sergipe)—Do valor da radio-therapia no tratamento das affecções cutaneas.

- 41 Salustino dos Santos Guerra (Bahia)—Estreita-
mento organico da urethra e seus tratamentos
- 42 Theodolindo Antonio da Silva Ferreira (Minas-Ge-
raes)—A theoria microbiana e a mineralisação
das aguas de esgoto.
- 43 Zacharias de Azevedo Araujo (Alag as)—Edema
agudo do pulmão.

Boletim Demographico

MORTALIDADE DA CAPITAL DO ESTADO DA BAHIA

De 1.º a 30 de Nôvembro falleceram nesta capital 355 pessoas, victimas das seguintes molestias: Peste bubonica 1, variola 5, sarampo 19, grippe 1, febre typhoide 2, beriberi 3, erysipela 3, paludismo agudo 17, paludismo chronico 6, tuberculose pulmonar 41, outras tuberculoses 2, syphilis 7, cancos e outros tumores malignos 5, outras molestias geraes 3, molestias do systema nervoso 40, molestias do aparelho circulatorio 29, molestias do aparelho respiratorio 28, molestias do aparelho digestivo 59, molestias do aparelho urinario 13, molestias dos orgãos genitales 2, septicemia puerperal (febre, peritonite e phlebite puerperaes) 2, outros accidentes puerperaes da gravidez e do parto 2, molestias da pelle e do tecido cellular 4, molestias dos orgãos da locomoção 2, debilidade congenita, vicios de conformação e outros 20, debilidade senil 10, mortes violentas 8, suicidio 1, molestias ignoradas ou mal definidas 20. Houve 17 nati-mortos, 9 masculinos e 8 femininos.

Medias diarias	{ do mez actual.....	11,83
	{ do mez precedente	11,90
	{ do correspondente de 1904	10,63
Coefficiente annual por 1.000 habitantes...		16,29

Dos fallecidos eram: 178 do sexo masculino e 177 do sexo feminino;—342 brazileiros e 13 estrangeiros;—289 solteiros, 36 casados, 26 viuvos e 4 sem declaração;—85 de 0 a 1 anno, 48 de 1 a 5, 8 de 5 a 10, 31 de 10 a 20, 57 de 20 a 30, 28 de 30 a 40, 34 de 40 a 50, 14 de 50 a 60, 46 de mais de 60 annos e 4 sem declaração de idade;—96 brancos, 83 negros, 168 mestiços e 8 sem declaração. Occorreram 277 obitos em domicilios e 78 em hospitaes, asylos e enfermarias, sendo 58 no hospital Santa Izabel, 3 no hospital militar, 3 no asylo S. João de Deos, 6 no asylo de expostos 5 no asylo de mendicidade e 3 na enfermaria de variolosos em S. Lasaro.

Doentes em tratamento no dia 30 de Novembro na enfermaria de variola em S. Lazaro 37, na enfermaria de variola em Mont-Serrat 44, no hospital das lasaros 20.

	Total	Media diaria
Total dos obitos.....	355	11,83
Obitos por molestias transmissiveis.	71	2,37
Obitos por molestias communs.....	284	9,46

Relação entre a mortalidade das molestias transmissiveis e o total de obitos 20, 00 %.

Varia

Calculo nazal—O Dr. HAYLOR (*British med. Journ.*) refere o caso de um doente, atacado de pharyngite chronica, em cujo meato inferior do nariz, do lado esquerdo, encontrou um grande calculo de côr escura, occupando toda a cavidade.

Estado comatoso prolongado Refere a *Rev. de Medicine y Cirurg. de Habana* o caso curioso de um menino

italiano, de 8 annos, que apresentou symptomas de meningite cerebral sem convulsões e que permaneceu em estado comatoso durante 146 dias.

O serum de BEHRING. As experiencias de verificação dos trabalhos de Behring a respeito da tuberculose humana já começaram no *Instituto Pasteur* de Paris, possuindo METCHNIKOFF a formula da mysteriosa T X, substancia destinada a curar a tuberculose. Novas pesquisas serão feitas em Lyão, sob a direcção do Dr. Arloing, referindo-se especialmente á tuberculose bovina.

Permutas

<i>Revista Medico-Cirurgica do Brazil.</i>	Rio de Janeiro
<i>Tribuna Medica</i>	Rio de Janeiro
<i>Fornal 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 Pharmaceutica.</i> .	Porto
<i>Revista Medica do Chile.</i>	Santiago.
<i>Revista Farmaceutica Chilena.</i> . . .	Santiago.
<i>Revista de ciencias Sud americana.</i>	Buenos-Aires
<i>La Semana Medica</i>	Buenos-Aires
<i>Anales del Departamento Nacional de</i> <i>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-</i> <i>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 Ginecopatia, Obstetricia y Pediatrica</i>	Barcelona
<i>Archivos de Terapeutica de las En- fermidades Nervosas 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>	Bordeaux
<i>Le Nord Medical</i>	Lille.
<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
