

Gazeta Medica da Bahia

PUBLICAÇÃO MENSAL

VOL. XXXVII

MARÇO 1906

NUMERO 9

Filariose (*)

Pelo Dr. João A. G. Fróes

Professor da Faculdade de Medicina da Bahia

DEFINIÇÃO.—Filariose, filarioses e filariasis são expressões de um mesmo facto clinico—o parasitismo do corpo humano e de outros animaes por nematoides, denominados *filarias*, quando adultos, e *micro-filarias* (Le Dantec), quando em estado de embrião. Aqui só nos occuparemos da filariose humana.

DIVISÃO.—Além da filariasis *declarada*, acompanhando se de manifestações symptomaticas conhecidas, existe a filariose *latente* nos incolas das regiões inter-tropicaes e sub-tropicaes, na proporção de 8 a 10% no sul da China (Manson), de 10% no Congo (Firket), de 32% nas ilhas Friendly (Thorpe), de 50% em regiões outras, como em Samôa (Manson). As pesquisas feitas na capital da Bahia pelos Drs. Paterson e Hall deram a proporção de 8,41 por cento, o que muito se approxima da média do sul da China e do Congo; entretanto, novas pesquisas devem ser feitas não só na Bahia como nos demais Estados de clima quente, visando o estabelecimento de médias exactas.

(*) *Consultas medicas* do «Formulario Pratico do Brazil Medico,» edição de 1906.

Tendo em mira a séde da fílaria adulta, nesta ou naquella região de nosso corpo, deve-se estudar separadamente:

a) a filariose do sangue e da lymphá, ou filariose de Wucherer e Demarquay;

b) a filariose do tecido cellular sub-cutaneo (dracunculose, dracunculose, ou filariose de Medina);

c) a filariose dos olhos, ou filariose Loa.

HISTÓRICO.—Foram as micro-filarias descobertas na Bahia, em 1866, pelo Dr. Otto Wucherer, na urina chylosa de uma doente do Dr. Silva Lima, na qual procurava a *bilharzia hematobia*, a pedido de Griesinger, que chamaram a attenção do mundo scientifico sobre as filarias em suas relações com a pathologia humana, muito embora, antes do notavel investigador allemão e clinico bahiano, tivesse encontrado Demarquay, em 1863, embryões filaricos no liquido lactescente de uma hydrocele-chylosa.

Confirmado o achado de Wucherer por Leuckart (que «nem vestigios de *distomum*» encontrára nas preparações enviadas por Wucherer), como tambem por Lewis na India e Salisbury nos Estados Unidos da America do Norte (1868) e em 1870 por Crevaux nas Antilhas e Cobbold em diversos doentes de hemato-chyluria, coube ainda a Lewis (1872) a gloria descoberta da micro-filaria no sangue, de onde o nome que lhe deu de *filaria sanguinis hominis*.

No Brazil não se fizeram esperar as confirmações do descobrimento de Wucherer, sendo de justiça salientar na Bahia os nomes de Silva Lima, Silva Araujo, Paterson, Pacifico Pereira, Victorino Pereira e Almeida Couto, que sustentou com energia

a doutrina helminthica da hemato-chyluria (vide *Gazeta Medica da Bahia*, 1877 e these de Concurso), e no Rio de Janeiro os de Felicio dos Santos, Julio de Moura, Pedro Severiano de Magalhães, e outros investigadores patrios antigos e modernos, cuja citação não caberia de certo nos moldes da presente consulta. Foi o Dr. Silva Araujo quem pela primeira vez, no Brazil e na Bahia, confirmou o achado no sangue das micro-filarias, como tambem a existencia da filaria adulta de Bancroft, pouco depois encontrada igualmente no Rio por Felicio dos Santos e Julio de Moura.

Com as descobertas de Wucherer e de Lewis muito progredira o estudo da hemato-chyluria, que, vencidos os 4 primeiros periodos de sua evolução, na classificação racional de Manoel Victorino (These para o doutorado em 1876, o primitivo (1812 a 1850), o egypciaco (1851 a 1865), o brasileiro (1866 a 1871) e o indiano (1872 a 1875), entrara em seu quinto periodo, ou australiano (vide Azevedo Sodré—*Pathologia intertropical*), com a descoberta da filaria adulta de Bancroft, feita em 1876 na Australia em um abcesso lymphatico do braço; tanto esta como mais quatro outras filarias adultas achadas por Bancroft eram do sexo feminino e fôram minuciosamente estudadas por Cobbold. O macho desta filaria, máo grado a opinião adversa de Manson e de Scheube, parece ter sido reconhecido no Rio de Janeiro pelo Dr. P. S. de Magalhães no ventriculo esquerdo de um doente da clinica do Dr. Barata Ribeiro. Em 1878 verificou Patrick Manson, em Amoy, na China, a existencia de micro-filarias no estomago de muriçocas que haviam picado um doente de chyluria,

tendo contado 120 embryões filaricos em um só insecto; descreveu então a periodicidade da *micro-filaria nocturna*, reconheceu mais tarde a *micro-filaria diurna* e a *perstans*, que existe permanentemente no sangue, dia e noite.

Do reconhecimento dos embryões filaricos nas muçocas deduziu Manson a theoria, hoje por elle mesmo abandonada, de que somente com a morte do insecto na superficie das aguas se libertam as micro-filarias e são vehiculadas pela agua potavel até o nosso estomago, de onde passam para o sangue ou para os lymphaticos. Esta theoria, apesar das opiniões favoraveis de L. Audain (de Haiti) e Pedro Severiano de Magalhães, que encontrou na agua potavel da Carióca, no Rio, nematoides microscopicos em nada differentes das micro-filarias de Wucherer, não pôde prevalecer com o seu exclusivismo, conforme veremos no correr destas linhas.

Presentemente são conhecidas 8 variedades de *micro-filarias*, representantes de outros tantos animaes adultos, nem todos infelizmente conhecidos, bem como igualmente outras *macro-filarias*, cujos embryões estão por ser identificados.

ETIOLOGIA.—*Micro-filarias*—Ahi vão, resumidamente catalogadas, as 8 variedades de *micro-filarias* actuaes, de accordo com as publicações de Manson, Blanchard, Neveu-Lemaire e Scheube.

1ª *Micro-filaria* de Wucherer, ou *micro-filaria nocturna* de Manson, provida de uma bainha envoltora e com 200 a 300 millesimos de millimetro de comprimento sobre 6 a 8 de largura (tem mais ou menos o diametro de uma hematia, sendo 60 a 70 vezes maior, na expressão de Wucherer). Corresponde á

filária adulta de Bancroft (macro-filária fêmea) e á filária adulta de Magalhães (macro-filária masculina).

Sob o ponto de vista clinico está em relação com a *hemato-chyluria*, a *elephantiasis dos Arabes*, o *lympho-scrotum*, os *abscessos lymphaticos*, as *varizes lymphaticas* a *adeno-lymphocèle*, etc. De minha parte tenho encontrado em casos de *hemato-chyluria*, de *lympho-scrotum* e de *elephantiasis* raramente), bem como em um caso de filariose latente; no caso unico de hydrocele chylosa, em que fiz o exame microscopico, encontrei embryões filaricos com os caracteres da micro-filária Demarquay, o que está de accôrdo com a observação deste eminente investigador, mas vae de encontro á affirmação de Le-Dantec, quando faz depender a hydrocele chylosa da *micro-filária nocturna*.

2.^a *Micro-filária diurna* ou *filária sanguinis hominis major* de Manson, a que talvez corresponda a *filária adulta Loa* (Manson) de Guyot, ou *dracunculus oculi* porque vive entre as conjunctiva e o globo ocular; tem approximadamente as mesmas dimensões da micro-filária nocturna e como esta possui uma bainha de envolucro e tem cauda afilada.

3.^a *Micro-filária perstans* ou *permanente* ou *filária sanguinis hominis minor* de Manson, provavelmente a mesma filária embryonaria de Ozzard, variedade truncada; não tem bainha e existe sob duas dimensões differentes, medindo a maior $200 \mu \times 5 \mu$ (*) e a menor 90 a 100 μ de comprimento; não é bem conhecido seu poder pathogenico, bem que tivesse sido responsabilizada pela *molestia do somno* por Manson, que é hoje um defensor convicto da victoriosa doutrina trypano-

(*) μ = millesimo de millimetro.

zomiasica, erigida sobre os descobrimentos de ~~Lova~~ Castellani.

4ª *Micro-filaria* de Demarquay, provavelmente a variedade afilada da *micro-filaria* Ozzard, sem bainha, de cauda afilada, com $200\ u \times 5\ u$ cuja filaria adulta foi descoberta por Daniels em 1902; é responsável pela chylocéle, no que está de accôrdo minha observação, a proposito de um doente do Dr. Adriano Gerdilho, cujo liquido lactescente (quantidade de 100 c. c.) foi por mim examinado, depois da centrifugação, dando o seguinte resultado:

Hematias.	480	48%
Lymphocytos pequenos	430	43%
Lymphocytos grandes.	20	2%
Cellulas gordurosas.	25	2,5%
Retalhos endotheliaes.	14	1,4%
Eosinophilos	14	1,4%
Mononucleares.	12	1,2%
Filarias embryonarias.	5	0,5%
Polynucleares.	0	0
	<hr/>	<hr/>
	1000	100

5ª *Micro-filaria dermathematica* de Silva Araujo e Magalhães, observada em casos de affecções da pelle parecidas com o *craw-craw*, a qual, para Manson, não passa de uma phase mais adeantada da *filaria perstans*, que, proseguindo seu curso evolutivo, escapa do corpo humano através da pelle. Foi em 1875 que os Drs. O'Neil, na Africa, e Silva Araujo, na Bahia, encontraram, quasi simultaneamente, a mesma micro-filaria no sangue da pelle affectada de uma erupção perculiar aos negros—o *craw-craw*—provavelmente

a mesma erupção observada por Nielly sob o nome de dermatose parasitaria.

6.^a *Micro-filaria gigas* de Prout, descoberta em 1902, de cauda truncada, sem bainha, com $340 \mu \times 8$ a 12μ ; foi observada em Serra Leôa e não é conhecido o animal adulto, nem sua função pathogenica particular.

7.^a *Micro-filaria volvulus* de Leuckart, sem bainha, de cauda afilada, com $360 \mu \times 6 \mu$; ainda insufficientemente conhecida, vivendo o animal adulto nos vasos lymphaticos da pelle.

8.^a *Micro-filaria Powellii* Pinel, descoberta em 1904 pequena, com bainha, cauda truncada, com $130 \mu \times 5 \mu$; sua forma adulta é desconhecida, bem como seu poder pathogenico especial.

Quanto á *micro-filaria* Ozzard, não a fizemos figurar na enumeração acima, porque as suas duas variedades fôram nella incluídas sob as denominações *m. f. perstans* (variedade truncada) e *m. f. Demarquay* (variedade afilada).

FILARIAS ADULTAS.—Além das macro-filarias de Bancroft, Demarquay, Magalhães, *perstans* e Ozzardi, que alguns auctores ainda consideram diferente da *perstans* e da de Demarquay, e deixando de parte as filarias de *Medina* e *Loa*, ha ainda outros vermes filaricos menos conhecidos e dignos de ser melhor estudados em relação á pathologia, como sejam a *filaria Kalimare* de Kolb, a *filaria lentis* de Nordmann (1882), encontrada no crystallino do homem a *filaria inermis* de Grassi (1887), cuja femea vive no homem, no cavallo e no burro; a *f. labialis* de Pane (1884), a *f. hominis oris* Leidy (1850), que é, para Leuckart, a

fôrma joven da filária de Medina; a *f. lymphatica* de Treutler e a *f. restiformis* de Leidy (1880) expellida pela urethra de um incola da Virginia, sobre a qual pairam suspeitas de ser apenas um pseudo-parasita.

Na 2ª edição da *Parasitologie animale* de Neveu-Lemaire encontra-se um magnifico quadro das dimensões comparadas das filarias adultas de Bancroft, Ozzard, Demarquay e da *perstans*.

Mosquitos.—Cabe a Patrick Manson a gloria da theoria dos mosquitos como vectores da filariose (o que já suspeitára Bancroft, de Brisbane, e foi confirmado na Bahia por Silva Lima e Silva Araujo), estabelecido em 1878, quando se lhe deparou azo de examinar muriçocas repletas de sangue filarico; sustentou elle, eutão, que a metamorphose das micro-filarias devia completar-se ao cabo de 6 a 7 dias e que se fazia a vehiculação da filariose por meio da agua, contaminada por mosquitos mortos em sua superficie. Esta theoria é até certo ponto racional e digna de ser lembrada, pois que conta ainda hoje com o patrocínio de L. Audain (de Haiti), com as novas observações de micro-filarias nas folhas e nos fructos das bananeiras, com as verificações de P. S. Magalhães em relação a agua da Carioca e com a observação de Teissier, citada por Le Dantec, que chama a attenção dos estudiosos para a semelhança entre as micro-filarias e os embryões de *anguillulas*, concluindo peia existencia de verdadeiras helminthiases com migração ulterior dos embriões para o systema circulatorio, ao lado das filarioses verdadeiras.

Não é, entretanto, acceita com o exclusivismo com que se apresentou, e o proprio Manson a substi-

tuiu mais tarde por outra theoria, em que o papel preponderante e activo pertence aos mosquitos, hospedes intermediarios, em cujo organismo se passa uma phase biologica do embrião filarico, tornando-se dest'arte apto para, uma vez inoculado no homem pelos insectos, chegar ao seu completo desenvolvimento de animal adulto.

MANSON demonstrou cabalmente que entre os mosquitos e a filaria de Bancroft existe a mesma relação que entre o *cyclops* e o bicho da Costa ou verme de Guiné, segundo as verificações do helminthologista russo Fedtschenko.

Sobre a veracidade desta doutrina não paira a mais leve sombra de duvida deante da série de dissecções de mosquitos praticadas por Manson e Low e demonstrativas de que no thorax desses insectos se dá a metamorphose das micro-filarias, cuja evolução se completa ao cabo de 16 a 20 dias, consistindo em manifesto augmento de actividade e de volume (um millimetro e meio de comprimento) e na formação de bocca, tubo digestivo e cauda trilobada característica.

Terminada esta phase, o parasita abandona o thorax do mosquito, dirigindo-se através o prothorax, o pescoço e a cabeça para a trompa, onde chega, abrindo caminho entre a superficie inferior do *hypopharynge* e a superior do *labium*, em que é facilmente reconhecível (Low); affirma o Dr. Low que nunca se faz a progressão filarica peló conducto salivar do mosquito, como realiza o hematozoario de Laveran, nem tão pouco pelo tubo bucal formado pela superficie inferior do *hypopharynge* e o *labium*.

Na trompa dos mosquitos aguardam as filarias a oportunidade de penetrar no organismo de um vertebrado de sangue quente, o que realizam infestando-o aos pares, pois que sempre assim as encontrou Manson na extremidade dos insectos parasitados. Bem que admittida actualmente esta theoria pelos scientists de mais valor, pondera Manson que *é difficil provar e temerario negar a inexistencia de outra porta de entrada ou de um meio outro intermediario*, sendo certo que as filarias jovens podem viver na agua por algum tempo e não sendo absurda a idéa de que, acabado seu cyclo evolutivo no mosquito, possam os vermes cair na agua por occasião da postura ou da morte dos insectos.

Chegada, no corpo humano, á região dos lymphaticos, é ordinariamente em um destes vasos que se dá a maturação sexual e se effectua a fecundação, de que resulta a infestação de todo o organismo pelas micro-filarias, invadindo successivamente a lymphá, os ganglios, o canal thoracio, a veia sub-clavea esquerda e todo sangue.

«Tal é a evolução da *filaria nocturna* (escreve Manson); o hospede definitivo é o homem, o intermediario é o mosquito. E' manifesto que a periodicidade da filaria é uma adapção dos habitos do parasita aos habitos nocturnos do mosquito. E' tambem evidente que a bsnha tem por fim acaimar, por assim dizer, o embryão, impedindo-o de escapar-se através as paredes dos vasos sanguineos, o que lhe faria perder toda probabilidade de chegar ao corpo do mosquito. A armadura cephalica serve para perfurar a parede estomacal do mosquito, permittindo ao parasita atravessar os tecidos do insecto.»

Fascinadora a explicação de Manson. Porque razão, entretanto, as *micro-filarias sem bainha* de envoltório (*perstans*, *gigas*, *volvulus* e *Demarquay*), privadas do *acalmo* da bainha, não atravessam as paredes dos vasos sanguíneos, sendo frequentemente encontradas no sangue?

Mosquitos vectores da filariose.—Além do *Culex ciliaris* de Linneu, ou *Culex fatigans*, ou *Culex Skussei* (Giles) e do *Stegomyia calopus*, principaes agentes transmissores das molestias filaricas e tendo de commum com estas identica distribuição geographica, acredita James na vehiculação das *micro-filarias* pelo *Anopheles nigerrimus* e aceita Blanchard (*Les Moustiques*—1905) a possibilidade de desempenharem o mesmo papel os seguintes mosquitos: *Myzomyia* Rossi, na India e no Indo-China; *Pyretophorus costalis*, no Baixo Niger (Annet e Dulton; *Nyssorhynchus albimanus*, no Trindade; *Myssorhynchus vanus nigerrimus*, nas Indias; *Mansonia uniformis*, no Zambeze e lago Nyassa, e *M. pseudo titillans*, na America tropical.

SYMPTOMATOLOGIA.—Não cabem no estreito molde desta consulta minucias symptomaticas a proposito de cada manifestação filarica, o que facilmente encontrará o leitor nos livros classicos sobre o assumpto. Apenas enumeraremos os estados morbidos por que são responsaveis as filarias, sem esquecer de chamar novamente a attenção de quem ler para a existencia da filariose latente.

Os estados pathologicos a que nos temos referido são a *dracontíase* ou *filariose* de Medina, a *filariose* Loa, a *hemato-chyluria*, a *chylocéle*, a *orchite* e a *synovite* filaricas, a *febre filariosica*, a *ascite chylosa*, o *chylo-*

thorax, a *elephantiasis* dos Arabes, o *craw-craw* ou *kra kra*, os *abscessos lymphaticos*, o *lymphoscrotum*, a *adeno-lymphocèle*, as *varizes lymphaticas*, a *diarrhéa chylosa* e, provavelmente, algumas das manifestações morbidas actualmente denominadas *cryptogeneticas*.

ANATOMIA PATHOLOGICA E PATHOGENIA.—Em resumo apura-se dos estudos sobre o assumpto que não tem propriedade verdadeiramente pathogenica as micro-filarias existentes no sangue, sendo sem duvida perniciosas á nossa saúde as fórmas adultas e os embryões imperfeitos, capazes de lezar e obstruir os troncos lymphaticos, de onde resulta para estes a elevação da pressão e o estado varicoso, bem como a producção do edema lymphatico ou a combinação destas manifestações morbidas.

Nos casos de obstrucção do canal thoracico, o chylo retrograda para os lymphaticos abdominaes e pelvicos, os da virilha, do escroto e da parede abdominal, dilatando-os sobreposse, a ponto de ter observado Manson uma enorme variz de 30 centimetros de diametro (!) occultando os rins, a bexiga e os cordões espermaticos.

Si as varizes compromettem o escroto, temos o *lympho-scrotum* como a *adeno-lymphocele* em relação aos ganglios da virilha, a *chyluria* si ha ruptura dos lymphaticos da bexiga e dos rins, a *hydrocèle chylosa* e a *chylo-ascite* si estão compromettidos os lymphaticos da tunica vaginal e do peritoneo etc. Nestes casos existem micro-filarias no sangue e na lympha, salvo nos casos antigos, em que se não encontram embryões sanguicolas, o que se explica pela morte das filarias adultas (facto verificado por Manson

por ocasião de um ataque de lymphangite), embora continuem permanentemente os efeitos pathologicos. E' que nem sempre ao *sublata causa* segue-se o *tolitur effectus*.

Na *elephancia* (Moncorvo, Silva Araujo, Vieira de Mello), ou elephantiasis dos Arabes não se encontram, em geral, micro-filarias no sangue, ou porque estejam mortas as filarias-mães, ou haja impossibilidade de penetrarem os embryões no systema circulatorio, em virtude da obstrucção lymphatica por meio das filarias ou de seus ovos, pois que, ordinariamente vivíparas, tornam-se ellas ás vezes ovíparas, abortando os ovos antes de completar se o desenvolvimento do embryão Manson acredita que é devida a embolias produzidas nos ganglios lymphaticos por ovos filaricos a estase lymphatica da elephancia tropical e assim explica a evolução da molestia: Existencia de filarias adulta femeas no systema lymphatico da região compromettida, más condições biologicas para o parasita, tendo como consequencias a expulsão prematura dos seus ovos, embolia dos ganglios lymphaticos por estes, estase lymphatica; lymphangite traumatica ou não da parte congestionada, reabsorpção imperfeita dos productos inflammatorios e hypertrophia phlegmasica, de progressão intermittente, em consequencia dos ataques inflammatorios recurrentes.

Tenho examinado o sangue de diversos elephantiasticos, raramente encontrando as micro-filarias; no começo do presente anno, em Manáos, examinando ao microscopio o sangue de um aborigene amazonense atacado de elephantiasis das pernas e recolhido ao Hospital da Misericordia, encontrei em uma só pre-

paração quatro embryões filaricos; este facto, ao lado de outros em que ãm sido encontradas as microfíliarias e ao lado das explicações da origem filarica da molestia pelos tropicalistas afamados, é mais um elemento em favor destas, convido, nos casos duvidosos, fazer o exame da formula leucocytaria em busca da eosinophilia, de regra na filariose e, ás vezes, em forte proporção, como nas observações de Modara e Remlinger (70 e 75%). É um ponto este que necessita ser convenientemente illuminado, em vista da negativa demasiada absoluta de Le Dantec, que affirma nunca haver encontrado os embryões da filaria em um grande numero de casos de elephantiasis dos paizes quentes observados na Guyana franceza.

Exame do sangue.—Em um caso de filariose latente (observação pessoal) o exame do sangue feito sob objectivo differente, revelou-me a existencia manifesta de *eosinophilla*, como se vê na nota infra; o exame das fézes foi nullo sob o ponto de vista da helminthiase intestinal, não sendo o paciente asthmatico nem soffredor de dermatoses, o que me fez suspeitar da filariose, facilmente comprovada pelo exame microscopico.

Eis o exame alludido (*filariose latente*):

Hematias por mm ³ (Hayem e Nacet).....	4:433.000
Leucocytos por mm ³	9.210
Hemoglobina (Fleisch).....	75%
Relação globular.....	1:715 ^h
Valor globular.....	0,85

Existencia de micro-filarias de Wucherer—6 em uma só lamina.

Formula leucocytaria:

Polynucleares	62,5 %	ou	3.875	por mm
Lymphocytos	17 %	»	1.054	
Mononucleares	4 %	»	248	
<i>Eosinophilos</i>	16,5 %	»	1.033	
	100,0	»	6.210	

Exame do sangue.— Caso de hemato-chyluria
(observação pessoal):

Hematias por mm ³	4.464.000
Leucocytos por mm ³	11.780
Hemoglobina (Fleischl)	68%
Relação globular	1 : 379 ^h
Valor globular	0,76

Formula leucocytaria:

Polynucleares	59,25 %	6.980	por mm
Lymphocytos	20,75 %	2.444	
Mononucleares	5,75 %	677	
<i>Eosinophilos</i>	14,25 %	1.675	
	100,00	11.780	

Em preparações frescas e seccas, coradas pela mistura de azul de methyleno e eosina, encontrei muitas micro-filarias de Wucherer, contando em uma das preparações seccas 52 embryões.

Além destes, em outros doentes de filariose, cujo sangue me tem sido dado examinar, tenho constantemente encontrado a existencia de *cosinophilos* ou *oxyphilos* em forte proporção.

Exame da urina.—As analyses urológicas de que tenho conhecimento referem-se todas a casos de hemato-chyluria, pelo que sómente a esta manifestação filariosica me referirei neste particular, apre-

POTENTE ACELERADOR
da **NUTRIÇÃO GERAL**

Restitue o appetite e suscita um augmento rapido de peso nos doentes; debela a febre e faz desaparecer a purulencia dos escarros nos TUBERCULOSOS.

EXPERIMENTADO com exito nos Hospitales de Paris. Communicado á Academia de Sciencias, á Sociedade de Biologia e de Therapeutica.
These desenvolvida perante a Faculdade de Medicina de Paris sobre o **HISTOGENOL.**

*
HISTOGENOL
Medicção Arseno-phosphorada organica.

com base de **NUCLARRINA**
*
RECEITAS :
Emulsão :
2 colheres de sopa cada dia.
Elixir : 2 colheres de sopa cada dia.
Granulado : 2 medidas cada dia.
Empolas : 1 empola cada dia.

INDICAÇÕES :
TUBERCULOSE
LYMPHATISMO — ESCROFULAS
BRONCHITES CHRONICAS — NEURASTHENIA
CHLORO-ANEMIA, CONVALESCENÇA, ETC.

PROSPECTOS - Dirigir-se a **WALINE**, Pharmaceutico em St-Denis (Seine) França.
VENDE-SE EM TODAS AS PHARMACIAS DO PAIZ.

THEOBROMINA PURA de FABRICAÇÃO FRANCEZA

SANTHÉOSE

O mais fiel
O mais constante
O mais inoffensivo
dos **DIURETICOS**



O Diuretico cardiaco e renal por excellencia.
O adjuvante mais seguro das curas de-Deschloruração

Só se vende em caixas de 24 cachets com a forma de um coração e doses de 0,50 centigr. de principio activo. Prescreve-se 1 a 4 cachets por dia. -- PREÇO DA CAIXA: 5 fr.

S. PURA	S. PROSPHATADA	S. CAFEINADA	S. LITHIADA
Affecções cardiacas e renaes. Albuminurias. Uremia. Hydropsia.	Sclerose cardio-renal. Neurasthenia. Anemia. Convalescenças.	Asthenia cardio-vascular. Asystolia. Molestias infectuosas. Intoxicações.	Presclerose e Arterio-sclerose. Uricemia. Gota. Areias. Rheumatismo sciatico.

Dr. Lafay. Pharmaceutico-Preparador. Medalha de Ouro dos Hospitales
Venda por atacado: 4, Rua do Rei da Sicilia, PARIS (IV)

III— *Generalidades:*

Reacção chimica acida
 Densidade a 15° 1016,5
 Intensidade da cor impossivel de determinar

IV— *Exame microscopico:*

Micro-filarias de Wucherer vivas e mortas.
 Cylindros hyalinos raros.
 Hematias pouco abundantes.
 Globulos de gordura muito abundantes.

V— *Resultados doctimasicos;*

ELEMENTOS ENCONTRADOS	Dosagem por litro	Dosagem por 24 horas	Normaes em 24 horas para uma unidade urológica	Normaes em 24 horas para a pessoa examinada	Relações com a normal percentagem
Volume em 24 horas.		cc. 1.200	2½ cc.	1.392	93
<i>Normaes:</i>					
Materias Sãs.....	3 grs. 48	49,97	1.00	58 grs.	86
Acidez total (em PHO ²).....	1 gr.	1 gr. 30	0,08	1.74	74
Chloro (dos chlorotos).....	6 grs. 24	6 grs. 12	0.10	5.80	140
Acido phosphorico (total).....	1.76	2.80	0.05	2.90	79
Acido urico total (*)	0,80	0.30	0.01	0.58	67
Uréa.....	12 grs. 10	15.78	0.45	26.10	86
Urobilina.....			0.01	0.58	
Mucina.....					abundantes traços
					<i>Anormaes</i>
Albumina.....					pouco abundante
Gordura.....					abundante
Sangue.....					vestigios

VI— *Traçado semiographico:*

(*) Foi dosado pelo uricometro de Ruhemann.

(Continúa.)

Ligeiras apreciações sobre a cirurgia pratica em alguns paizes da Europa

Pelo Professor—Eraz do Amaral

Era minha intenção fazer um estudo regular da cirurgia pratica nos paizes europeus que percorri; a rapidez porem da excursão, a circumstancia de haver feito a minha viagem durante as férias alli e outros motivos ainda me impediram de realizar *in totum* um trabalho como desejava.

Tomei apenas algumas notas que ahi vão toscamente expostas.

As minhas impressões sobre o ensino medico portuguez, dei-as em outra parte. O que adeante digo, portanto, refere-se ao que observei em França, Austria, Italia e Inglaterra.

Sabe-se que até ha cerca de dez annos iam sempre os medicos brasileiros aperfeiçoar seus estudos em França, como ainda hoje fazem quasi exclusivamente os gregos e muitos americanos do Sul.

Uma propaganda porem em favor dos meios praticos usados na Allemanha começou de certa data a ter curso entre nós e o antigo oraculo, se bem que ainda consultado, perdeu muito da sua primitiva reputação.

Apesar de não ter podido conhecer do assumpto tão profundamente como o desejava, penso convirá a quem quizer aprender um pouco mais, alargando a esphera dos conhecimentos adquiridos aqui, preferir a Aliemanha e a Inglaterra, aliás muito pouco frequentada esta ultima pelos profissionaes brasileiros.

Encontram os latinos que ainda procuram muito Paris uma razão para o fazerem na maior facilidade

da lingua, o que não deixa de ter algum cabimento, mas não é tal a vantagem que corresponda aos inconvenientes de não visitar a Allemanha e Inglaterra, pois deste ultimo paiz não só a lingua é mais conhecida entre os brazileiros, como, para quem não saiba manejar qualquer d'ellas e tenha de iniciar tal estudo, é mais util fazel-o da ingleza, mais necessaria como preparatorio geral para qualquer necessidade da vida, em regra absoluta.

Do que vi e observei, julgo poder concluir que a cirurgia franceza tem perdido muito nos ultimos annos, deixando-se ficar em decadencia manifesta, comparada á das outras nações visinhas.

E' frequente ouvir dizer na Italia que em França não se desinfectam os doentes. Esta proposição que pode parecer arrojada deixa de sel-o tanto quando se compara os preparativos, preliminares de qualquer acto operatorio e quando se compara mesmo os habitos cirurgieos usados em França aos seguidos em outros paizes.

A lavagem das mãos na maior parte dos hospitaes de Paris raro passa de 15 minutos e não é rigorosamente marcado esse tempo em ampulhêta, como na Italia, Austria e Inglaterra; fica á mercê das distrações dos que operam, cirurgião e ajudantes; portanto carecente de rigor, e observancia inflexivel, como aquellas temperaturas que se calculavam só pelo calor da pelle, ao contacto da mão do medico, em tempos menos exigentes do que o nosso.

Depois de ensaboar as mãos e unhas com a escova grossa dão-se os francezes por satisfeitos com uma immersão n'agua esterilizada e vão operar ou com a mão desarmada ou com luvas de caoutchouc.

Convem notar que isso varia nos diversos serviços; alguns, como o professor Berger, empregam o permanganato de potássio tanto para imersão das mãos como para lavagem ultima da parte, outros, como o Dr. Albarran, com solução de um sal de mercurio, o oxy-cyanureto.

Em Vienna é muito mais meticolosa e séria esta limpeza, pois não só o tempo em que se faz a lavagem é marcado numa ampulheta suspensa ao lavatorio, como vão depois ao mãos do operador e ajudantes para um banho de alcool que corre da torneira de um irrigador de pedal em jorro fino, passando depois para uma imersão em solução de sublimado, após a qual entram então nas cubas de agua esterilisada.

Na Italia são as unhas tratadas ainda pela tinctura de iodo. E' tambem isso pouco mais ou menos o que se faz na Inglaterra. Quasi sempre conservam em França os cirurgiões a calça de uso, vestindo sobre a camisa a blusa do trabalho, que é mudada na sala de operações pela que sae da estufa e sobre a qual revestem o avental tambem esterilizado.

Ordinariamente usam na cabeça um barrete esterilizado e nalgumas clinicas ainda uma compressa de gase sobre a bocca e o nariz.

Assiste quasi sempre muita gente em França ás operações; gente que entra e muitas vezes se acerca das mesas com as vestes que traz da rua, deixando fora da sala apenas o chapéo e o *par-dessus*.

Vi em muitas occasiões operar no hospital Pitié na pequena Sala do pavilhão *Lisfranc*, onde se agrupavam em torno da mesa 12 e 15 pessoas, quasi todos medicos estrangeiros, para assistirem ás operações do

abalizado professor Ferrier, ou do seu aggregé o Sr. Gosset, aliás um dos mais sabios cirurgiões de Paris. Facto semelhante se dá no Nocker, no Hotel-Dieu etc.

Na *maison de santé*, onde trabalha o Dr. Albarran, é porem obrigatorio o avental e no hospital Cochin ha lugar reservado com porta separada para o auditoria assim como no Rotschild onde se faz effectiva a prescripção de não penetrar na sala sem roupa aseptica.

Na Allemanha são muito mais rigorosas na questão de toilette do que em França e na Italia já se nota sobre a especie mais cuidado e disciplina.

Em Milão vi ser conservada a calça de uso mas cuidadosamente mudado o avental por uma blusa sobre a qual selveste um avental de caoutchouc e é com este que se faz a desinfeccção das mãos e ante-braços. Ao entrar na sala das operações, este avental é substituido e recebe o cirurgião a blusa esterilizada e o mesmo fazem os seus ajudantes. E ninguem alli penetra sem haver tirado o paletot, sem o avental esterilizado, sem ter as mãos bem lavadas, etc.

Em Veneza o Dr. Giordano já é um pouco mais severo, pois muda toda a roupa, vestindo calça branca e calçando cothurnos ou meias botas, vestuario com o qual vae para as enfermarias, mudando ainda este por outro esterilizado, quando opéra.

Em Vienna, tanto o cirurgião da clinica como os seus ajudantes mudam toda a roupa tambem, inclusive a calça que é de brim branco, envergando sobre ella a blusa e o avental impermeavel; ao entrar na sala de operações, antes de começarem a trabalhar, tomam a

roupa esterilizada que é mudada tantas vezes, quantas operações se fazem.

Usam todos cothurnos ou meias botas de borracha e não dispensam a mascara, o barrete e as luvas de fio esterilizados.

Quanto ás compressas em França preferem-as secas e na Austria e Italia humidas, servindo as seccas para esponjar.

Ellas vem nos hospitaes de Paris nas respectivas caixas que são abertas nas occasiões em que se vae operar, sendo d'alli tiradas e postas n'uma das bacias.

Na Italia são tiradas das caçarolas, de modo que em pouco fica o chão inundado, o que é tambem, pouco mais ou menos, o que se dá em Vienna.

Em França são tambem os instrumentos trazidos nas caixas que se abrem immediatamente antes da operação, servindo as respectivas tampas de taboleiros, e cobrindo-se os instrumentos com a camada de algodão que os envolvia até ahi dentro da caixa.

Na Italia tiram-os das marmitas antes das operações e os collocam em bandeijas, cobertos com uma toalha esterilizada.

Quanto ás bacias que vão servir, são conservadas na Italia, não em recipientes de ferro, mas em tinas de madeira contendo agua quente, tinas que tem o aspecto de bandas d'essas meias quartolas que se veem nos armazens de molhados, o que está longe de dar ao todo um aspecto de laboratorio scientifico.

Os instrumentos são tambem desinfectados no *Ospedale Maggiore*, de Milão, não em auto-claves mas em marmitas de ferro esmaltado, assim como as compres-

sas lá estão em simples caçarolas como as em que se cozem os guisados.

Não é defeituoso mas é antiesthetico; não faz a boa vista nem tem a limpeza escrupulosa das estufas contidas nas paredes, dos recipientes promptos para offerecer tudo desinfectado, alli á mão, graças á boa calorificação, dos reservatorios nikelados e dosapparelhos antisepticos de vidro e ferro polido de Londres e de Vienna.

Nesta ultima as compressas, mascaras e luvas são guardadas em caixas, cujas tampas se abrem calcando em um pedal, as quaes ficam por detraz do operador e seus ajudantes. Quando precisam de compressas ou luvas voltam-se e encontram o objecto necessario sem ser preciso tocar em cousa alguma ou chamar servente e enfermeiro e esperar que elle chegue.

Em França, antes de qualquer operação é preciso cortar os fios de seda, catgut, etc, e collocal-os em uma das bacias entre duas compressas esterilizadas.

Em Vienna dispõe a clinica do barão Von Eiselebergs, que é a que eu conheço de caixas esterilizadoras onde, em supportes metallicos ou de vidro, como as caixas, estão enfiados as bobinas que alli se acham mergulhadas na solução antiseptica, a cada uma corresponde um orificio na parede da caixa pelo qual puxa o ajudante do operador a porção de sêda ou catgut de que precisa e que vae cortando, sem que se arrisque assim á contaminação este vehiculo tão frequente de infecções.

A zona a operar é em toda a parte circumscripta por compressas esterilizadas, que se prendem umas ás outras com pinças de Péan ou pegadores.

Quanto á lavagem vaginal precisa, ella se faz em França sobre a mesa depois da chloroformisação e é levada á effeito pelos internos e ajudantes da operação friccionando-se a pelle com sabão e escova ou bagaço até a rubefacção; tiram depois a espuma por meio de uma compressa e fazem após isto uma fricção com pequena porção de alcool que se derrama sobre a parte.

E é tudo!

Na Italia, alem do banho geral immediatamente antes da operação, salvo caso em que isso seja contra-indicado, vem o doente para a mesa onde tem de ser chloroformisado e onde soffre a desinfecção especial da região, muito mais demorada e meticulosa do que em França, estendendo-se ordinariamente muito alem da zona em que se vai operar; na maioria das occasiões o enfermeiro nunca leva menos de um quarto de hora neste trabalho depois do qual passam os assistentes ou internos a realisação de outra lavagem com sublimado e após isto alcool, estendendo-se depois compressas quentes sobre a pelle até o momento em que ellas são levantadas á proporção que o bisturi começa a seccionar.

Esta desinfecção regional é porem ainda melhor feita em Vienna, executada pelos proprios assistentes da clinica, é irreprehensivel em toda a extensão da palavra porque a excellencia e abundancia do material, a facilidade da conducção dos leitos que se collocam sobre outros lastros de leitos, providos de rodas de caoutchouc para transportar os pacientes até os ascensores, sem o minimo abalo, a armação e almofadas das mesas de desinfecção, a providencia intelligente

com que tudo foi feito tornam, não só possíveis, como completas e perfeitas minuciosidades que pareceriam irrealisaveis em outros logares.

Dão-se em França com certa frequencia desvios ás boas regras de asepsia que algumas vezes podem se capitular não só de graves como até de pouco humanos.

Vi no Pitié doentes que tinham de ser operados nas visinhanças da região genital não trazerem os pellos completamente raspados.

Em certa occasião o Dr. Gosset tinha de intervir num caso de phlebite infectuosa, caso grave, com temperatura alta e symptomas muito serios; pois a paciente veio para a mesa do amphitheatro Gosselin tendo não só a pelle da perna em que se ia operar mal lavada, como as unhas dos pés sujissimas e o couro da região plantar visivelmente immundo.

E a limpeza a que forçoso foi proceder *in loco* ainda não deixou todo o membro nas condições de asepsia que imperiosamente se impunham!

Factos destes repetiam-se de tal modo que o Dr. Gosset chegou uma vez a fazer considerações sobre a indisciplina do pessoal em França e a má execução de serviços d'esta ordem.

Uma outra vez no Hotel Dieu, durante uma operação do M. Mauclair e o enfermeiro distrahidamente tirou uma das thesouras do taboleiro e se poz pachorentamente a cortar as unhas.

Em outra occasião no hospital Cochin na clinica do professor Schowartz veio para a mesa uma doente que devia soffrer uma perineorhaphia já chloroformi-

sada a paciente se reconheceo que a vagina não estava limpa e foi encarregada do serviço necessario uma enfermeira que se servio de modo tão abrutado da escova que em pouco sangrava o canal da paciente— Necessario foi que um dos internos fizesse aquillo com o escrupulo e ao mesmo tempo a humanidade precisas, servindo-se de um pouco de gase envolta nos dedos.

Diverso, muito diverso é o modo de proceder na Austria e Italia e principalmente na Inglaterra onde vai muito mais longe o respeito que se tem pelo paciente, pela individualidade do hospitalizado e onde a delicadesa a nimia attenção com que são tratados os doentes constituem um dos traços caracteristicos mais nobres e interessantes dos habitos hospitalares inglezes.

Os enfermos em Vienna soffrem ainda uma fricção sobre a pelle na linha da secção que se tem de fazer com a tinctura de iodo.

Resta fallar das salas propriamente dictas. São as salas francezas de operações asepticas do Hotel Dieu, do Necker, do Pitié, etc, muito inferiores ao que se encontra não só na Italia, como principalmente em Londres e Vienna.

As salas de operações em França são ordinariamente ladrilhadas de tijollos quadrados e não tem esgoto. Após cada operação é apanhado n'um balde o que ficou de detricos e com um panno humido envolto na extremidade de um cabo de vassoura se limpa o chão.

As paredes são pintadas de branco e envernizadas. Nos amphitheatros grandes como o Gosselin, como o

do Necker os assentos são de madeira e ferro pintados.

Na Italia, em Milão e Veneza as salas não são boas mas apresentam já sobre os francezes a vantagem de ser o pavimento de mosaico, perfeitamente homogeneo e liso sem as fendas dos intersticios dos tijolos francezes e de terem ao meio a valvula do esgoto para o corrimento das aguas.

E' o mesmo pavimento o usado nas salas de Vienna e de Londres, com a differença de ser o orificio do esgoto central na Allemanha e lateral na Inglaterra.

Logo depois de cada operação um forte jorro d'agua projectado por poderosa mangueira cuja torneira se acha numa das paredes da sala lava rigorosamente todo o chão de modo a nada ficar susceptivel de decompor-se ou de contaminar.

Basta esta simples irrigação para dar uma idéa segura da superioridade das salas inglezas e allemãs sobre as francezas.

Londres porem já apresenta nas paredes uma vantagem sobre as de Vienna, por serem forradas de vidro em boa parte da sua superficie, sendo tambem os bancos destinados ao auditorio e o muro baixo que separa esta parte do recinto da reservada ao operador e seus ajudantes, não de madeira e ferro pintado, mas sim de pedra, marmore liso, muito facil de limpar rigorosamente. São tambem as grades ou simples varões de encosto os supportes da luz electrica etc. de ferro polido o que apresenta incontestavel vantagem sobre o material empregado nos outros paizes, sob o ponto de vista da asepsia.

Tudo que é tambem de prateleiras, bandeijas, etc.

se fabrica de vidro grosso de grande solidez e perfeita limpeza, chegando a preocupação de util a ponto de se ter inventado um aparelho que se encontra em todas as salas de operações para manter a agua morna em temperatura egual e uniforme para que o contacto do liquido em temperaturas differentes não cause incommodo e soffrimento ao doente.

Isto aliás está de accordo com os mesmos principios escrupulosamente humanitarios que se notam nas enfermarias inglezas e em todo o serviço hospitalar que tanto honram a comprehensão que tem aquelle povo da caridade, do respeito pelos pobres e pelos que soffrem.

Nota-se realmente na livre Albion, reflexo dos principios nacionaes, uma grande tendencia a procurar o opportuno, o util, o necessario, sem a preocupação de que esteja ou não de accordo com o que os outros tem ou fazem, como na Allemanha se percebe um grande, quasi espantoso respeito pela disciplina pela obediencia quasi militar e temerosa.

Tanto n'um como no outro paiz, todos, superiores e subalternos estão convencidos de bem instruidos do que fazem e com tenacidade cumprem minudentemente o que lhes foi ensinado.

Não pretendem tanto ao effeito das cousas como ao fundo, á razão e aos resultados dellas, quero dizer não ao effeito que ellas produzem nos que os veem mas ao effeito real que d'ellas dimana.

Ha em França diversos profissionaes que praticam a cirurgia pelos novos methodos mas que insensivelmente os deixam de lado. Um conhecido e celebre professor fuma na sala das operações enquanto lava as

mãos e só deixa o cigarro momentos antes de empunhar o bisturi. É' entretanto um dos serviços em que mais se seguem aliás as boas regras em Pariz.

Um outro trabalha na enfermaria com o mesmo barrete de seda preta usado e avental sobre a roupa de uso com que vae para a sala de consultas gynecologicas. A' proporção que vão se revelando os casos encanta o auditorio com a maneira simples e amena do dizer e a revelação de uma preciosa cultura, robustecida por longa e riquissima experiencia. Vêem se-lhe porem as unhas sujas quando levanta as mãos e estas soffrem apenas uma lavagem pro-forma depois de tocar uma mulher passando logo a outra, justamente como se fazia ha uns 30 annos, antes de Lister, Pasteur e Metchnikoff.

Isso porem não quer dizer, como se deve deprehender, que a França não tenha cirurgiões perfeitamente competentes e habéis, muito bem instruidos e formados á moderna, conscientemente capazes de fazerem ainda fulgurar como outr'ora a sciencia de sua patria.

A transmissão hereditaria do virus da febre amarella no *Stegomyia fasciata*

Por E. MARCHOUX e P. L. SIMON

Entre os factos novos que colhemos no Brazil, relativamente á febre amarella, ha um cuja importancia nos obriga a publicar desde hoje: Trata-se da possibilidade da transmissão do virus amarel de mosquito a mosquito por via hereditaria.

Desde o anno de 1903 que nos attrahiu a attenção o facto de ser por vezes difficil, em certos fócios de uma zona endemica, achar um caso humano de data recente como origem de novos casos que se manifestam em certo momento. Não subsistindo duvida alguma de que o despertar desses fócios fosse devido á presença do *Stegomyia fasciata* infectuoso, eramos levados a admitir que um ou muitos destes mosquitos tinham sido transportados, de qualquer maneira, de ponto afastado onde existiam doentes em que haviam haurido o virus. Certo é que as cousas se passam assim em muitos casos. Fomos, todavia, conduzidos a nos perguntar si, em certas circumstancias, ovos provenientes de *Stegomyias* infectados *in situ* no curso de uma epidemia anterior de alguns mezes á observada, não teriam podido dar nascimento a *Stegomyias* infectados hereditariamente.

Diversas experiencias foram realizadas em 1903 para verificar esta hypothese. Deixavamos pôr *Stegomyias* que haviam picado doentes no primeiro periodo, criavamos as larvas e, logo que o insecto tinha chegado ao estado perfeito, faziamol-o pungir uma pessoa.

Essas experiencias não deram naquella epoca resultado positivo. Entretanto os individuos que tinham recebido a picada de taes mosquitos eram sensiveis á molestia, pois que esta poude ser-lhe conferida ulteriormente por injecções de sôro virulento fresco.

Repetimos taes experiencias no mez de Fevereiro de 1905: A postura de um *Stegomyia* de idade de 20 dias, que fizemos picar varios doentes nossos com

o fim de determinar uma infecção intensa, foi recolhida e as larvas, nascidas a 4 de Fevereiro, foram collocadas em um vaso para criação. Desde 16 de Fevereiro as larvas começaram a transformar-se em insectos perfectos. Estes, isolados em tubos, desde a metamorphose, foram nutridos com glycose até 2 de Março. Nesta data, 14 dias depois da metamorphose, 2 dos *Stegomyias* picaram o individuo A, de nacionalidade portugueza, chegado ao Brazil havia poucos dias e não tendo soffrido até então nenhum ataque de febre amarella. Nenhuma reacção manifestou o individuo depois das picadas.

Foi de novo ferreteado por um só dos 2 mosquitos (o outro tendo morrido no intervallo) a 10 de Março, 8 dias após a primeira picada. Quatro dias mais tarde 14 de Março, manifestava elle um ataque typico, bem que pouco grave de febre amarella. Os caractêres do periodo de invasão, os vomitos, as dores, a marcha da temperatura, a ictericia e a marcha da convalescença, não nos permittiram nenhuma duvida sobre a natureza da molestia. Acreditamos, comtudo, dever confirmar experimentalmente nosso diagnostico: Após a cura, fizemos, por duas vezes, series de *Stegomyias*, infectados em amarillicos, picar o mesmo individuo. Este mostrou-se absolutamente refractario a taes inoculações como todos os individuos recentemente immuizados por um primeiro ataque. Accrescentamos que as condições em que elle era vigiado por nós desde a sua chegada ao Brasil não permittem admittir que qualquer outra fonte de contaminação que não o mosquito hereditariamente infectuoso, de que recebera a picada, tivesse podido determinar o ataque de febre amarella que apresentou.

Pode concluir-se desta experiencia que, em condições que não se podem desde já precisar, os *Stegomyia fasciata* nascidos de mãe directamente infectada em um doente, ficam hereditariamente infectados. Das diversas experiencias praticadas a tal respeito deduz-se que o lapso de tempo necessario para que o mosquito infectado hereditariamente se torne capaz de emittir o virus com a secreção salivar é mais longo do que no caso em que o virus é directamente haurido pelo insecto no sangue de um doente. Esse lapso de tempo foi de 22 dias na experiencia positiva.

Resulta igualmente, tanto das experiencias quanto dos factos epidemiologicos, que essa transmissão hereditaria não pôde ser considerada como o caso geral, sinão que como um facto de excepção.

A benignidade do ataque soffrido por A. autoriza a pensar que a passagem do virus de uma geração de *Stegomyia* a outra se acompanha de certo grau de attenuação. Pôde haver ahí nova via aberta ás pesquisas relativas a vaccinação contra a febre amarella.

O conhecimento deste modo de propagação esclarece um dos pontos mais obscuros da historia da febre amarella, o do despertar de certas epidemias em que não se pôde achar um caso humano primitivo bastante recente para explicar a infecção dos *Stegomyias* presentes.

Emfim, não se pode desconhecer a sua importancia do ponto de vista da prophylaxia. (*C. R. de la Société de Biologie*).

Coiffagem da polpa dentaria no tratamento das caries do 3.º gráo

<Le meilleur moyen de combattre le charlatanisme consiste dans l'éducation du public au moyen de la vulgarisation de la dentisterie et de l'hygiène dentaire par les sociétés, les journaux et les écoles.>

(5.º voto do Congresso Dentario Internacional de 1909.)

Apresentando-se, por mais de uma vez, no meu gabinete de clinica odontologica, clientes que se queixavam de symptomas de periostite em dentes obturados a cimento e amalgama, clientes que me pediam lhes attenuas e os soffrimentos, retirei as obturações dos dentes enfermos e, com surpresa, notei que todos elles se achavam com as polpas coiffadas por uma capsula de platina encerrando substancia antiseptica. Das polpas nem vestigios existiam; os canaes radiculares estavam infeccionados, alguns vasio, outros com um liquido purulento. Todos os dentes eram periostisados.

Registrei a observação admirado de haver, ainda hoje, quem empregasse tal meio de tratamento em caries do 3.º gráo e aguardei oportunidade para aconselhar áquelles, que assim procediam, a se desviarem de semelhante pratica. Graças á gentileza dos redactores d'esta revista acceitando a minha collaboração, julgo azado o momento de algo dizer sobre o assumpto, para mim de tão grande relevancia.

A coiffagem da polpa, nas caries do 3.º gráo, quando já affectadas de pulpíte ou no periodo de transição do 2º para o 3.º, sendo delgada e invadida pelos

elementos pathogenicos a parede de dentina que separa a cavidade cariada da camara pulpar, parede que deve ser destruida deixando exposta a polpa, é de origem americana e nasceu com a descoberta do *formogeno*, substancia pastosa, de conteúdo ignorado, destinada a proteger as polpas offendidas por entidade morbida, traumatismo ou impericia cirurgica. Em pouco tempo de emprego dessa substancia a pratica reconheceu quanto era nocivo o seu uso e immediatamente foi condemnada a sua applicação bem como a coiffagem da polpa. Os dentes assim tratados pericostisavam, porque a polpa, uma vez infeccionada, continuava enferma, não obstante todos os cuidados de que se cercasse o operador, progredindo o estado morbido que ia do simples pulpite á necrobiose. Os microbios proseguiram na devastação do orgão, percorriam todo o canal radicular e transpunham o orificio do apice da raiz atacando o periosteo, produzindo a inflammção d'essa membrana, dando origem a abcessos e a todo o cortejo de phenomenos que lhes succedem.

O *formogeno* seccando na capsula deixava entre esta e a polpa (reseccada ou não) um espaço onde se accumulavam vapores nocivos que contribuiam para o pleno desenvolvimento da affecção pulpar. Por estas e outras razões ficou estabelecido: *polpa descoberta, polpa offendida e polpa destruida.*

Ninguem mais, dahi em diante, cuidou em conservar a polpa nas caries do 3.º gráo, ou nas do 2.º quando por impericia cirurgica o profissional penetrasse com a broca na camara pulpar.

Abusando do acolhimento a mim dispensado n'esta

revista, para aqui transcrevo as conclusões, do importante trabalho apresentado pelo Dr. HOPEWELL SMITH, professor de histologia e pathologia histologica no Dental Hospital e na Medical School de Londres, ao 3.º Congresso Dentario Internacional reunido em Paris em 1900.

Elas vêm em apoio do meu dizer.

«1.º La majorité des états inflammatoires de la pulpe dentaire—mais non pas tous ces états—présentent une couche protectrice de dentine adventice dure au point dangereuse, c'est-à-dire en face de la brèche faite a la surface par la carie;

«2.º Ces nouvelles dentines diffèrent quant à la structure et peuvent se distinguer actuellement sous les noms de dentine adventice aréolaire, cellulaire, fibrillaire, hyaline e laminaire;

«3.º Les cellules appelées odontoblastes ne jouent aucun rôle dans la production de la gangue de la dentine et ne devraient pas ainsi être appelées *odontoblastes*;

«4.º Malgré les tentatives de guérison de la pulpe après une lesion (carie) de la part des cellules pulpaire (cellules dentogénésiques), les micro-organismes producteurs d'acides envahissent la nouvelle dentine et deviennent une source de grand danger en continuant leur influence de peptonisation et tout aumoins en ayant une tendance à produire la suppuration et la gangrène au milieu des tissus de la pulpe;

«5.º Eu conséquence et finalement, *l'habitude de couvrir les pulpes eposées; quelque légère que soit l'exposition, qu'elle soit d'origine traumatique ou non,*

que l'opération soit faite soigneusement, hygiéniquement ou aseptiquement, l'habitude de coiffer les pulpes exposées, doit être rejetée comme un methodo de routine, excepté quand les conditions sont absolument les plus favorables qu'il soit possible d'obtenir». (De l'association des états inflammatoires de la pulpe dentaire avec certaines dentines adventices).

Bahia, 2-06.

GETULIO DOS SANTOS.

(Cirurgião-Dentista)

Rivista e analyses

Jocqs. — *Valor semeiologico das perturbações pupillares nas affecções cerebro-espínhaes.* (Comunicação ao Congresso dos medicos alienistas e neurologistas, Rennes, Agosto, 1905) — Resumo:

As perturbações pupillares observam-se o mais das vezes no tabes, na paralyisia geral, nas lesões cerebraes syphiliticas.

No tabes observa-se: o signal de Argyll-Robertson, a myose, e a desigualdade pupillar.

A desigualdade pupillar não pertence propriamente á paralyisia geral: corresponde o mais das vezes a uma ophthalmoplegia interna de um dos olhos, a qual depende sempre da syphilis.

A irregularidade pupillar não é peculiar ao tabes. E' um estado que não apparece quando a pupilla tem seus movimentos e suas dimensões normaes, manifestando-se, ao contrario, quando a pupilla é preguiçosa e immobilizada pathologicamente.

A syphilis só não dá lugar ao phenomeno de Argyll-Robertson. Este signal indica sempre o tabes ou outra lesão medullar.

Si se observa muitas vezes nos syphiliticos, é que muitos syphiliticos, se tornam tabeticos. Mas todos os tabeticos não são syphiliticos. As perturbações pupillares quasi sempre devidas á syphylis são as constituidas pela ophtalmoplegia interna parcial ou total (paralysia do musculo constrictor da pupilla, ou do musculo accommodador, ou dos dois ao mesmo tempo.)

As lesões causaes desses disturbios pupillares na syphilis, são raramente de origem nuclear, mas de ordinario de origem basal. Elles nada tem que ver com o tabes.

As desordens pupillares da paralysia geral approximam-se muito das da syphilis. A desigualdade pupillar corresponde sempre a uma perturbação na motricidade da iris. O signal de Argyll-Robertson nunca é tão puro nessa molestia como no tabes.

O que apparece a principio na paralysia geral é a paresia, indo até a paralysia completa, do musculo constrictor. Depois a paresia, até a paralysia completa do musculo accommodador. Em summa, é a ophtalmoplegia interna progressiva. A desigualdade pupillar depende unicamente da differença de marcha da ophtalmoplegia nos dois olhos.

Existe uma variedade de desigualdade pupillar, denominada « *à bascule* », que é absolutamente physiologica ou, em todo caso, constitue apenas uma anomalia congenita, completamente independente de qualquer estado pathologico. (*Rev. Neurol.*)

COURMONT. — *Le séro-pronostic pleurésies tuberculeuses.* (*Presse méd.* 1905, n.º 90) — *Conclusões:* Do estudo de 115 casos de pleurisias tuberculosas com derramamento acompanhados durante 7 annos, e da inquirição sobre a mortalidade desses pleuríticos, resultam as seguintes conclusões:

1.º A mortalidade é de cerca de 25 por 100 nos pleuríticos cujo liquido pleural é agglutinante e de 75 por 100, ao contrario, naquelles em que o liquido não é agglutinante;

2.º Entre os doentes de liquido agglutinante a proporção de curas é tanto mais forte quanto mais elevada é a agglutinação;

3.º Pode ver-se augmentar o poder agglutinante do liquido á medida que se accusa a cura e diminuir, ao contrario, nos doentes cuja terminação é proxima;

4.º Esses factos constituem nova verificação do que temos sustentado a proposito da febre typhica: a reacção agglutinante é uma *reacção de defeza* ou ao menos paralela ás reacções de defeza do organismo; ella está, e a geral na razão inversa da gravidade da molestia e na razão directa da intensidade da defeza;

5.º O estudo da agglutinação nas pleurisias tuberculosas conduz a dados prognosticos importantes.

A estatistica do A., mostra verdadeira gradação na gravidade dos casos de pleurisia, conforme a intensidade da agglutinação.

Pleurisias com sero-reacção forte	{ Curados 79 p. 100
(1 para 10 e mais) (33 casos),....	{ Mortos 21 p. 100
Pleurisias de sero-reacção fraca	{ Curados 65 p. 100
(1 p. 5) (34 casos)	{ Mortos 35 p. 100
Pleurisias de sero-reacção nulla	{ Curados 22 p. 100
	{ Mortos 73 p. 100

Bibliographia

DR. RODRIGUES LIMA—*Um caso de hebotomia*. 1905.
Rio de Janeiro.

Pela primeira vez no Brazil foi effectuada com o melhor exito a *incisão extra-mediana do pubis* (tambem conhecida sob as denominações de *hebotomia sub-cutanea*, *secção lateral do pubis*, *osteotomia pubiana* e *operação de Gigli*), na Maternidade do Rio de Janeiro, sendo operador o Dr. Rodrigues Lima, mui digno director da mesma. Operação grandemente delicada será, na opinião dos seus admiradores, a substituta forçada da symphysiotomia, considerada hoje perigosa e nociva e quasi já atirada como tantas outras ás densas brumas da indifferença e do esquecimento.

Esmagada pelas glorificações successivas do processo de GIGLI não tem na opinião d'este autor as condições precisas para perdurar tal operação nos dominios da cirurgia obstetrica, sendo ás suas principaes desvantagens as grandes hemorragias inevitaveis pela anatomia da região e os traumatismos frequentes que occasionam perturbações funcionaes dos órgãos visinhos.

Entretanto, que transportes de verdadeiro enthusiasmo produziram os primeiros successos da operação de SIGAULT, tão ardentemente defendida pelo grande PINARD e que tão reaes serviços tem prestado á dystocia obstetrica!

Após varias apreciações sobre o assumpto operatorio, sua technica e modificações, termina o A. apre-

sentando a sua observação, minuciosamente descripta, concedendo a primazia ao methodo sub-cutaneo de DOBERLEIN, na sua valiosa opinião o mais vantajoso dos tres conhecidos.

A applicação do forceps fez-se seguir á operação da *lebotomia* sendo a extracção rematada o mais lisongeiramente possível.

Parabens a Maternidade do Rio de Janeiro de envolta com o agradecimento do *Gazeta Medica da Bahia*.

P. F.

DR. JOÃO A. G. FRÓES—*Plessiologia clinica*, lições professadas na Faculdade de Medicina da Bahia. —Rio de Janeiro, 1905 (Publicação do «Brazil Medico») —O illustrado substituto da Faculdade de Medicina da Bahia faz um estudo geral, claro, methodico e conciso, porém completo, da percussão, sob os seus varios aspectos. Trata successivamente, em capitulos separados, do historico da questão, da definição e escopo da plessiologia, da descripção e classificação dos sons plessicos, da technica da percussão, onde estuda os diversos methodos e processos até hoje conhecidos e praticados, terminando pela apreciação critica dos mesmos. Contribuem muito para ainda mais aclarar e methodizar a exposição do assumpto, e fixar no espirito do leitor as multiplas divisões e subdivisões que comporta o objecto de cada capitulo—os numerosos quadros synopticos apresentados pelo A., o que dá assim muito realce ao valor do trabalho, sob o ponto de vista didactico.

O fito principal do A. foi, de facto, estabelecer, em uma explanação synthetica, a necessaria ordem em materia algum tanto confusamente tratada por varios autores, o que foi plenamente conseguido.

G. M.

Profesor Dr. ALBERTO DE AUIAR, Lente de Pathologia Geral na Escola Medico-Cirurgica do Porto—Oração inaugural do anno lectivo 1905—1906. Separata da Revista «Porto Medico»—1905.

E' uma brilhante e eloquente peça scientifica, em que salienta o illustre Professor a *influencia da chimica em medicina*, detendo-se com proficiencia na apreciação dos progressos da chimica medica em suas utilissimas ramificações—chimica biologica, chimica physiologica e pathologica, chimica semeiotica, chimica pharmaceutica, chimica sanitaria e chimica toxicologica.

Referindo-se á *chimica semeiotica* o A., que é um erudito em medicina philosophica e um especialista abalisado em urologia clinica, fixa a attenção do auditorio no relevo altiloquo da chimica urinaria «de uma importancia capital no diagnostico medico-cirurgico, e continuamente enriquecido, não só com as acquisições d'aquellas suas origens (a chimica physiologica e a pathologica), mas com os pormenores technicos que por sua conta investiga» tornando-se «um precioso recurso, já para confirmar ou detalhar um diagnostico obtido por outros processos semeiologicos, já, e principalmente, para estudar certos estados

morbidos, incapazes de serem reconhecidos por outros meios taes como as doenças da nutrição.

«E' com o auxilio de tal methodo semeiologico que se avalia o funcionamento do rim e o estudo das vias urinarias, e o figado seria um organo quasi inaccessible á exploração medica, se não rocorressemos ao exame da urina, que elle tão notavelmente modifica quando enfraquece, adoece ou degenera, como nós mesmo temos procurado mostrar, estudando em especial os compostos do enxofre, capazes de, por sua variação quantitativa, servirem de elementos apreciadores do estudo de algumas funcções hepaticas, como a biligenica, anti-toxica e nutritiva»

Estes estudos, a que se refere o A., constituiram o assumpto de sua dissertação de concurso sobre *cellula hepatica e crase urinaria* (contribuição para a diagnose urologica das lesões funcionaes do figado), a qual, ao lado de outras publicações de alto valor profissional, concorre para destacar dignamente o vulto scientifico do A.

J. F.

Medicina pratica

PO CONTRA O CORYZA

Estovaina.....	1 gramma
Menthol.....	50 centigrs.
Acido borico pulverizado.....	} a ã
Sub-nitrato de bismutho.....	

M.

POMADA CONTRA AS HEMORRHOIDAS E AS FISSURAS
ANAES

Estovaina.....	25 centigrs.
Adrenalina ao millesimo	XXX gottas
Lanolina.....	} a ã
Vaselina.....	

(HUCHARD)

PARA AS FERIDAS DOLOROSAS, ULCERAS, FACHADURAS

Estovaina.....	25 centigrs.
Gomenol.....	5 grammas
Lanolina.....	} a ã
Vaselina.....	

(PUAL LEMAIRE)

CONTRA A AMYGDALITE AGUDA

Hydrato de chloral.....	2 grammas
Hydrolato de hortelã-pimenta.....	50 grammas
Agua.....	100 grammas
Xarope de cerejas.....	100 grammas

Gargarejar de hora em hora com esta mistura,
amornada em banho-maria

[G. LAURENS]

Varia

HERANÇA DA LONGEVIDADE

O Sr. F. W. MOTT, falanda da herança da longevidade em uma dissertação feita na ultima sessão da *British Medical Association* (V. *Brit. med. journ.* 1905, 28 de Outubro) cita os seguintes notaveis exemplos de

extrordinaria longevidade em varios membros das mesmas familias:

Pedro Ozortam (Hungria), morto com idade de 183 annos, quando o seu filho mais velho tinha 155 annos e o mais moço 97.

João Surrington (Beighen, Noruega), fallecido com 160 annos de idade, tendo então o seu filho mais velho 103 e o mais moço 9 annos de idade. Procreou o ultimo na idade de 151 annos.

Thomaz Parr (Inglaterra), morto, segundo algumas autoridades, com 153 annos, segundo outras, com 168. Seu filho morreu com a idade de 127 annos.

Joanna Foster (Cumberland), fallecida com 138 annos. Deixou uma filha que já contava 103 annos.

Ganini (Roma), morto com a idade de 138 annos. Seu filho morreu com 113.

Henrique le Boucher (Caen), fallecido com 115 annos. Seu pai viveu até 108 annos.

João Filleul (França), morto com idade de 108 annos. Seu irmão viveu até 104 annos, seu avô até 113, e elle deixou uma filha que tinha 89.

Anna Pesuel na idade de 110 annos conservava todos os seus dentes, os seus cabellos eram ainda negros e a intelligencia não alterada. Seu pai, lavrador, viveu até a idade de 105 annos.

Anna Canétine (Dieppe), intelligente centenaria, cujo pai viveu até 124 annos e um tio até 153.

Boletim Demographico

MORTALIDADE DA CAPITAL DO ESTADO DA BAHIA

De 1º Janeiro a 31 de Dezembro de 1905 falleceram, nesta Capital 3852 pessoas, victimadas pelas seguintes

molestias: Peste 8, variola 39, sarampo 94, coqueluche 3, gripe 20, febre typhoide 15, dysenteria 10, beriberi 41, erysipela 16, paludismo agudo 186, paludismo chronico 64, tuberculose pulmonar 572, tuberculose meningea 1, outras tuberculosas 12, infecção purulenta e septicemia (excepto a puerperal) 11, hydrophobia 2, syphilis 36, cancro e outros tumores malignos 53, outros tumores 5, outras molestias geraes 64, molestias do systema nervoso 434, molestias do aparelho circulatorio 424, molestias do aparelho respiratorio 281, molestias do aparelho digestivo 631, molestias do aparelho urinario 158, molestias dos orgãos genitales 15, septicemia puerperal (febre, peritonite e phlebite puerperales) 12, outros accidentes puerperales da gravidez e do parto 13, molestias da pelle e do tecido cellular 25, molestias dos orgãos da locomoção 24, debilidade congenita, vicios de conformação e outras 146, debilidade senil 128, mortes violentas (excepto suicidios) 80, suicidios 11, molestias ignoradas ou mal definidas 198. Houve 291 nati-mortos que reunidos ao numero de 3852 obitos prefaz o total de 4143 obitos.

Medias diarias	}	sem nati-mortos.....	10,55
		com nati-mortos.....	11,35
		do anno precedente sem nati-mortos.....	12,87
		* com nati-mortos.....	13,82

Coefficiente annual por 1.000 habitantes calculada a população em 265 mil almas, sem nati-mortos		14,53
* com nati-mortos.....		15,63

O coeſſiciente do anno precedente foi sem
nati-mortos..... 17,73
com nati-mortos..... 19,03

Dos fallecidos eram: 1928 do sexo masculino e 1924 do sexo feminino; — 3668 brazileiros e 184 estrangeiros; — 2995 solteiros, 488 casados, 308 viuvos e 61 sem declaração:—885 brancos, 989 negros, 1914 mestiços e 64 sem declaração; —103 de menos de 1 dia, 276 de 1 dia a 1 mez, 277 de 1 a 6 mezes, 201 de 6 a 1 anno, 196 de 1 a 2 annos; 163 de 2 a 5, 72 de 5 a 10, 241 de 10 a 20, 586 de 20 a 30, 484 de 30 a 40, 341 de 40 a 50, 302 de 50 a 60, 203 de 60 a 70, 201 de 70 a 80, 108 de 80 a 90, 40 de 90 a 100, 21 de mais de 100 annos e 37 sem declaração de idade e 291 nati-mortos; sendo no districto da Sé 274 obitos e 27 nati-mortos; S. Pedro 259 obitos e 16 nati-mortos; Sant'Anna 246 obitos e 25 nati-mortos; Conceição 68 e 7 nati-mortos; Pilar 166 e 22; Rua do Passo 141 e 17; Santo Antonio 492 e 51; Victoria 372 e 42; Brotas 278 e 20; Penha 216 e 21; Mares 228 e 17; Nazareth 974 e 20; 1.º de Pirajá 102 e 6; Maré 36 obitos. Por mezes— Janeiro 302 obitos e 29 nati-mortos; Fevereiro 268 e 22; Março 294 e 24; Abril 296 e 14; Maio 327 e 37 Junho 322 e 28; Julho 301 e 21; Agosto 276 e 34; Setembro 338 e 19; Outubro 369 e 27; Novembro 355 e 17; e Dezembro 404 e 19.

Occorreram 2972 obitos em domicilios e 880 em hospitaes, asylos e enfermarias; sendo 696 no hospital Santa Izabel, 22 no hospital Militar, 27 no asylo S. João de Deus, 36 no Asylo de Expostos, 55 no Asylo de Mendicidade, 29 na enfermaria de S. Lazaro (variola), 1 na enfermaria do Mont-Serrat (pestosos), 2 na enfermaria de Mont-Serrat (variola), 1 na enfermaria

dos Orphão de S. Joaquim, 4 na enfermaria da Casa de Correcção, 7 na enfermaria da Penitenciaría, Doentes em tratamento no dia 31 de Dezembro: no hospital dos Lazaros 20 morphéticos, na enfermaria de variolosos de S. Lazaro 8, na enfermaria de variolosos de Mont-Serrat 45, na enfermaria de pestosos em Mont-Serrat 4.

	Total	Medias diarias
Total dos obitos (sem nati-mortos)...	3852	10,55
Obitos por molestias transmissiveis	774	2,12
Obitos por molestias communs.....	3078	8,43

Relação entre a mortalidade das molestias transmissiveis e o total de obitos 20,09 %.

Relação entre a mortalidade das molestias communs e o total de obitos 79,90%.

Dr. Eudoxio de Oliveira.



Permutas

<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>Revista de ciencias Sud americana</i>	Buenos-Aires

✓ <i>La Semana Medica</i>	Buenos-Aires
✓ <i>Anales del Departamento Nacional de Hygiene</i>	Buenos-Aires
✓ <i>Revista Obstetrica</i>	Buenos-Aires
✓ <i>La Lucha Anti-tuberculosa</i>	Buenos-Aires
✓ <i>Revista Medica del Uruguay.</i>	Montevideo
✓ <i>Revista del Centro Farmaceutico Uruguay</i>	Montevideo
✓ <i>La Cronica Medica.</i>	Perú
✓ <i>Gaceta Medica de Venezuela.</i>	Caracas
✓ <i>Gaceta Medica Catalana</i>	Barcelona
✓ <i>Archivos de Ginecopatia, Obstetricia y Pédiatrica.</i>	Barcelona
✓ <i>Archivos de Terapeutica de las Enfermedades 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