

Gazeta Medica da Bahia

PUBLICAÇÃO MENSAL

VOL. XXXIX

NOVEMBRO 1907

NUMERO 5

As molestias infectuosas na Bahia (1)

PELO DR. A. PACIFICO PEREIRA

Accedendo ao convite com que honrou-me a illustre Commissão executiva do 6.º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, a realisar-se em S. Paulo, venho apresentar, nos limites do espaço e do tempo que me foram traçados, este breve relatorio sobre as molestias infectuosas na Bahia.

N'este resumo estão condensados especialmente as observações e dados estatísticos do decennio decorrido de 1897 a 1906, para os quaes pude colher elementos na repartição d'estatística demographo-sanitaria do Estado, creada pela lei de 29 de Agosto de 1892, e cujo regular funcionamento data do anno de 1896.

O alludido decennio divide-se naturalmente em dois quinquennios, o de 1897 a 1901, anterior á criação dos serviços de desinfecção e de pesquisas bacteriologicas, e o de 1902 a 1906 em que estes dois serviços, bem como o de isolamento e vigilancia sanitaria, funcionaram regularmente, de accordo com o regulamento de Novembro de 1901 e Instrucções de Março de 1902.

Comparando a estatística obituarial dos dois periodos, quer no ponto de vista da mortalidade geral, quer em relação á mortalidade produzida pelas molestias infectuosas, pôde-se apreciar o valor das medidas prophylacticas postas em execução, por effeito d'aquella organização, embora provisoria, do serviço sanitario da Bahia.

Os dois quadros estatísticos, que em seguida apresentamos, mostram notavel decrescimento da mortalidade, no ultimo quinquennio, não só em relação á

(1) Memoria apresentada ao 6º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia.

cifra geral dos obitos, como, ainda mais, relativamente ás molestias transmissiveis, sobretudo as de notificação obrigatoria, segundo o regulamento sanitario estadual.

Mortalidade por molestias transmissiveis na Bahia, nos annos de 1897 a 1906

MOLESTIAS	ANNOS										
	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	
Typho.....	7	6	9	38	38	23	7	16	15	17	
Febre typhoide...	49	48	54	255	346	348	327	239	250	300	
Malaria.....	400	362	451	0	8	2	1	19	39	15	
Variola.....	1676	152	10	0	3	0	0	0	94	32	
Sarampo.....	10	0	0	84	3	0	0	0	0	0	
Escarlatina.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Coqueluche.....	7	18	2	2	16	12	1	3	3	25	
Diphtheria e croup	6	0	1	10	3	3	2	0	0	0	
Grippe.....	6	2	41	44	9	9	41	11	20	8	
Cholera asiaticó.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cholera nostras...	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Dysenteria.....	60	32	24	15	19	15	11	17	10	10	
Peste.....	0	0	0	0	0	0	0	139	8	95	
Febre amarella...	43	57	208	6	3	0	0	0	0	0	
Lepra.....	2	2	3	1	1	7	4	5	0	4	
Erysipela.....	29	25	25	21	25	28	27	29	16	23	
Berberi.....	135	68	165	81	101	151	139	173	41	100	
Tuberculose.....	636	634	691	641	631	613	569	648	585	661	

ANNOS

MOLESTIAS

	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906
Escrophulose.....	2	2	3	4	8	7	3	2	5	6
Syphilis.....	38	28	57	41	41	77	62	55	56	63
Escorbuto.....	1	2	1	0	0	3	0	1	0	1
Pustula maligna.....	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Carbunculo.....	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Suor maligno militar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hydrophobia.....	1	0	2	1	0	0	0	0	2	3
Infecção purulenta e septicemia.....	24	15	14	14	12	13	12	10	11	3
Febres infectuosas...	0	0	16	1	0	0	0	8	3	22
Septicemia puerperal	18	12	15	16	11	13	21	21	11	18
Total.....	3150	1465	1792	1276	1275	1324	1227	1397	1171	1406
Mortalidade geral.... <i>(excluídas natimortos)</i>	6778	4389	5325	4032	4048	4740	4384	4699	3852	1817
Coefficiente das mo- lestias transmissi- veis sobre o total dos obitos.....	46,47	33,37	33,65	31,64	31,49	27,93	27,98	29,73	30,39	29,18

O coefficiente das molestias transmissiveis sobre o total dos obitos desceu de 46,47 %, que foi em 1897, a 27,98, 29,73, 30,39 e 29,18 %, que foi respectivamente nos annos de 1903, 1904, 1905 e 1906.

Estatística da mortalidade geral e dos obitos por molestias de notificação obrigatoria nos annos de 1897 a 1906

ANNOS	Cholera ou molestias cho-leriformes	Febre amarella	Peste	Variola	Tuberculose	Escarlatina	Diphtheria	Typho e fe-typhoide	Dysenteria	TOTAL	Mortalidade geral nos nove annos excluindo os nat-mortos			Coefficiente da mortalidade geral por mil habitantes
											Mascu- lino	Fem- lino	Total	
1897.....	0	44	0	1676	636	0	6	56	60	2478	3719	3059	6778	29,1
1898.....	0	57	0	168	634	0	0	54	32	945	2319	2070	4389	18,5
1899.....	0	208	0	10	691	0	1	63	24	997	2999	2326	5325	22,1
1900.....	0	6	0	0	641	0	10	38	15	710	2007	2025	4032	16,3
1901.....	0	3	0	8	631	0	3	38	19	702	2089	1959	4048	16,1
1902.....	0	0	0	2	613	0	3	23	15	656	2357	2383	4740	18,5
1903.....	0	0	0	1	569	0	3	7	11	591	2308	2076	4384	16,7
1904.....	0	0	139	19	648	0	0	16	17	839	2482	2217	4699	17,7
1905.....	0	0	8	39	585	0	0	15	10	657	1928	1924	3852	14,5
1906.....	0	0	95	15	661	0	0	17	10	798	2439	2378	4817	18,1

No primeiro quinquennio, de 1897 a 1901 a mortalidade elevou-se a 24,592 obitos e a media annual a 4913; no segundo, de 1902 a 1906, a mortalidade geral foi de 22,492 e a media annual de 4498 obitos.

Houve, portanto, no ultimo quinquennio, apesar do augmento da população, uma diminuição de 2100 obitos, isto é, a media annual de 420 obitos a menos.

A mortalidade por molestias transmissiveis de notificação obrigatoria, determinada pelo regulamento sanitario, subio no quinquennio de 1897 a 1901 a 5832 obitos e a media annual dos obitos a 1166; no quinquennio de 1902 a 1906 a cifra obituarial d'estas mesmas molestias foi de 3,536 e a media annual de 707; havendo, portanto, no ultimo quinquennio uma differença para menos de 459 obitos annualmente.

Fazendo a apreciação comparativa do obituario de cada molestia nos dois quinquennios, vê-se que no primeiro, de 1897 a 1901, houve 318 obitos por febre amarella, e no ultimo, de 1902 a 1906, nem um só, tendo desaparecido esta molestia do nosso quadro nosographico de 1902 até esta data.

A variola fez no primeiro periodo 1862 victimas, e no segundo, apenas 76.

A mortalidade da febre typhoide elevou-se a 249 obitos no primeiro quinquennio e somente a 77 no ultimo; a da dysenteria foi de 150 no primeiro e 63 no segundo; a da diphteria 20 n'aquelle e 6 n'este; a da tuberculose, finalmente, foi de 3,233 de 1897 a 1901 e 3071 de 1902 a 1906.

A media do coefficiente annual da mortalidade geral na Bahia foi de 20,4 para 1000 habitantes no quinquennio de 1897 a 1901, e apenas de 17,1 para 1000 no quinquennio de 1902 a 1906.

Conforme o disposto nas leis federaes e estaduaes a defesa sanitaria da Bahia depende da acção conjuncta e harmonica da União, do Estado e do Municipio.

Ao Estado compete a hygiene aggressiva, pela desinfectação dos focos epidemicos, isolamento dos doentes, e vigilancia sanitaria, nas zonas infectadas, e contra as procedencias suspeitas, afim de impedir a penetração e expansão do contagio e extinguir os germens infectiosos; ao Municipio incumbe a policia sanitaria da via publica e dos domicilios em geral, e todas as providencias de saneamento local, que tendam a melhorar suas condições mesologicas; e á União cabe o serviço sanitario do porto e todas as medidas hygienicas que possam vedar a entrada, por via maritima, dos germens de molestias pestilenciaes no territorio do Estado.

A lei estadual n. 628 de 14 de Setembro de 1905 deu uma organização permanente e mais completa aos serviços provisorios de pesquisas bacteriologicas, isolamento, desinfectação e vigilancia sanitaria, creados pela lei n. 443, de 29 de Agosto de 1901, e postos em execução de accordo com o regulamento de 14 de Novembro de 1901 e Instrucções da Inspectoria Geral de Hygiene, de Março de 1902.

A organização do serviço sanitario do Estado comprehende actualmente:

1.º Um Conselho Sanitario Estadual, com séde na Capital, constituindo uma corporação consultiva, com incumbencia de estudar e indicar todas as medidas que possam interessar a salubridade geral ou local, e a iniciativa de proposta em todos os casos e assumptos de hygiene, tendo suas resoluções força obrigatoria, desde que sejam approvadas pelo Governo.

São membros do Conselho Sanitario Estadual:

- O director do serviço sanitario Estadual.
- O inspector de hygiene Municipal.
- O inspector da saude do porto.
- O professor de hygiene da Faculdade de Medicina.
- O professor de medicina legal da mesma Faculdade.
- O professor de medicina publica da Faculdade de Direito.

O professor de engenharia sanitaria da Escola Polytechnica.

Quatro membros do Conselho são nomeados pelo Governo, sendo um bacharel ou doutor em direito, dois medicos e um clinico, escolhidos entre profissionaes de notorio saber,

2.º A directoria do serviço sanitario, a quem compete fazer executar em todo o Estado as leis e regulamentos, instrucções e decisões sanitarias, approvadas pelo Governo, e sob cuja dependencia se acham as seguintes repartições:

- a) A secção d'e tatica demographo-sanitaria;
- b) O instituto bacteriologico, anti-rabico e vaccinogenico;
- c) O serviço geral de desinfecção;
- d) Os hospitaes de isolamento.

O municipio da capital é dividido em seis districtos sanitarios, que, em epochas anormaes, podem ser divididos em secções, sobre proposta do director do serviço sanitario. (Art. 47).

Cada districto está a cargo de um *inspector sanitario*, que, dentro de sua circumscripção, tem competencia e autoridade para fazer cumprir as leis, regulamentos e instrucções do serviço sanitario, expedindo intimações, impondo as penas comminadas nas mesmas leis e regu-

lamentos e tomando quaesquer outras providencias necessarias, das quaes dará sempre conhecimento ao director do serviço sanitario. (Art. 42).

Em relação ao serviço de prophylaxia incumbe ao *inspector sanitario*, segundo as disposições regulamentares, o seguinte:

—Inquirir do estado sanitario do districto, realisando visitas systematicas e de policia sanitaria na circumscripção respectiva, e averiguar cuidadosamente das causas e desenvolvimento de qualquer molestia transmissivel, cumprindo-lhe informar a directoria do serviço sanitario de qualquer occorrença notavel referente á saude publica e nomeadamente do apparecimento de qualquer caso de molestia suspeita ou exotica.

—Verificar todas as reclamações ou denuncias que receber, assim como tudo o que lhe constar, que possa constituir prejuizo á saude publica, tomando as providencias necessarias, de conformidade com os regulamentos em vigor.

—Inquirir das causas de molestias que no obituario de seu districto determinarem maior numero de obitos e estudar o modo de combatel-as, tendo em especial attenção a tuberculose pulmonar.

—Exercer a vigilancia medica na forma determinada pelo regulamento e pelas instrucções recebidas da directoria do serviço sanitario sobre as pessoas residentes nos fócios em que se manifestarem molestias infectuosas em seu districto, nas proximidades d'estes fócios e zonas suspeitas, e nas pessoas recém-chegadas de fócios existentes no estrangeiro, no interior ou nos portos da Republica, infeccionados ou suspeitos.

—Requisitar immediatamente do laboratório bacteriologico o exame indispensavel para a verificação de qualquer caso suspeito que appareça em seu districto, e do serviço de desinfecção as providencias necessarias para impedir a entrada e sahida de pessoas da casa suspeita, até que se termine o exame, e, nos casos positivos, se proceda á execução das respectivas medidas regulamentares e instrucções especiaes para a prophylaxia geral e especifica das molestias infectuosas.

—Aplicar as vaccinas e sôros especificos para immunisar as pessoas residentes nos fôcos de infecção que apparecerem em seu districto.

—Apresentar diariamente ao director do serviço sanitario um boletim dos trabalhos realizados em sua circumscripção, com especial menção dos casos de molestias infectuosas n'ella occorridos e das providencias tomadas; e annualmente, um relatorio minucioso em que informará sobre todas as occorrencias que interessarem á saúde publica e indicará as medidas de hygiene de que carecer seu districto. (Art. 43 e seus §§).

Em cada districto sanitario ha igualmente um medico *verificador de obitos*, a quem incumbe a obrigação de verificar pessoalmente todos os casos de morte, mesmo os occorridos em hospital, prisão ou qualquer estabelecimento publico, attendendo no mais breve praso possivel aos chamados que para esse fim receber. (Arts. 45 e 46).

— O medico verificador em sua incumbencia especial

da verificação do obito tem de attender ás multiplas circumstancias de character scientifico, etiologico, medico-legal ou hygienico que envolvam o caso verificado, principalmente na hypothese de não ter havido assistencia medica. (Art. 48).

— Todos os attestados de obitos são passados em impressos espeziaes contendo duas folhas, uma, *attestado de obito*, fica em poder do official do registro civil, outra, *declaração de obito*, é remettida por este á secção de estatistica demographo-sanitaria. (Art. 49).

— O medico que tiver assistido ao doente em sua ultima molestia e certificar o obito remetterá o attestado ao medico verificador do districto respectivo, e se o visará depois do necessario exame. (Art. 50).

— O official do registro civil não passará guia-para o enterramento sem que lhe seja apresentado o attestado com o visto do verificador de obito. (Art. 51).

— Quando não houver medico assistente que atteste o obito, a familia do fallecido, seus parentes ou o dono da casa levarão immediatamente o facto ao conhecimento do medico verificador, que procederá ao exame necessario do cadaver, requisitando, se assim entender conveniente, a assistencia do medico legista da policia. (Art. 52).

— O verificador do obito remetterá o attestado e as declarações ao official do registro civil. (Art. 54).

— Quando houver suspeita de suicidio ou de crime, o medico verificador se dirigirá immediatamente ao medico legista da policia, afim de proceder ao exame cadaverico, e visará o attestado deste para os fins deter-

minados no registro civil e nas disposições que regulam a estatística demographo-sanitaria. (Art. 55).

— Quando o obito for por molestia transmissivel, de notificação obrigatoria, o enterramento não poderá effectuar-se sem que o attestado de obito seja visado pelo inspector do serviço de desinfecção, que mandará proceder á desinfecção no domicilio e fazer observar as prescrições hygienicas regulamentares. (Art. 56).

— N'estes casos o medico verificador remetterá o attestado á inspectoría do serviço de desinfecção e o official do registro civil não dará guia para o enteramento sem que o attestado do obito tenha o visto do inspector d'aquelle serviço. (Art. 56. §).

— Nos casos de molestia transmissivel, pestilencial, o medico verificador fará isolar sem demora o cadaver e as pessoas que com elle hajam estado em contacto, e communicará immediatamente ao inspector do serviço de desinfecção e ao inspector sanitario do districto, afim de serem postas em execução as medidas prophylacticas indicadas no regulamento e nas instrucções em vigor. (Art. 57).

— O medico verificador de obitos remetterá diariamente ao director do serviço sanitario um boletim dos obitos verificados no dia anterior em seu districto, com o nome, sexo, idade, residencia dos fallecidos e indicação da causa da morte, e mensalmente uma estatística detalhada de todos os obitos verificados na mesma circumscripção, com as observações que forem de interesse. (Art. 59).

— A policia sanitaria estadual, com o fim de reprimir os abusos que possam comprometter a saude

publica e impedir a invasão e propagação das molestias infectuosas, é confiada ao director do serviço sanitario do Estado, que a exerce, por si e pelos inspectores sanitarios na Capital, e pelos delegados de hygiene nos demais municipios. (Arts. 180 e 181).

— A esta policia incumbe especialmente (art. 182) o serviço de prophylaxia geral e especifica das molestias infectuosas, comprehendendo:

- a) a notificação;
- b) o isolamento;
- c) a desinfecção;
- d) a vigilancia medica.

NOTIFICAÇÃO

— A notificação dos casos de molestias infectuosas tem por consequencia o isolamento do enfermo e a desinfecção do local e objectos infeccionados, e é considerada pela lei e regulamento sanitario um dever civico, moral e social, que incumbe a todos os cidadãos em defeza da população contra a disseminação dos germens das molestias epidemicas. (Art. 183).

— Em todos os casos de molestia infectuosa o chefe da familia, o medico assistente, o responsavel pela casa e na falta destes o visinho mais proximo, que tiver conhecimento ou presumir da natureza infectuosa da molestia, deve communicar ao desinfectorio central ou ao inspector sanitario do districto em que estiver o doente (Art. 184).

— A notificação é obrigatoria em todos os casos das seguintes molestias:

- 1.º Cholera e molestias choleriformes.

2.º Febre amarella.

3.º Peste.

4.º Variola.

5.º Tuberculose.

6.º Escarlatina e sarampo quando ocorrerem em collegios, asylos e estabelecimentos congeneres.

7.º Diphtheria.

8.º Typho e febre typhoide.

9.º Dysenteria.

— E' facultativa, mas aconselhada pelo Conselho Sanitario a notificação dos casos de infecção puerperal, erysipela, lepra, impaludismo, beriberi, tosse convulsa e ophtalmia dos recém-nascidos.

— O Conselho Sanitario Estadual, por iniciativa propria ou por proposta do director do serviço sanitario, se julgar conveniente á saude publica, poderá resolver que seja considerada como molestia de notificação compulsoria outra qualquer não consignada no regulamento. (Art. 186).

— O inspector sanitario ao receber a notificação trata immediatamente de pôr em pratica as medidas consignadas no regulamento, requisitando do desinfectorio central o pessoal e material indispensavel e do laboratorio bacteriologico os exames necessarios. (Art. 189).

— O inspector sanitario do districto apresentará no mesmo dia ao director do serviço sanitario um boletim mencionando todas occorrencias referentes ao caso notificado, cuja marcha e terminação serão consignadas em boletins diarios. (Art. 191).

— As notificações recebidas na directoria do serviço

sanitario ou no desinfectorio central são consignadas em livros especiaes existentes n'estas repartições. (Art. 191).

— Occorrendo algum caso de molestia infectuosa em pessoa que frequente collegio, lycêo, asylo e estabelecimentos congeneres, estando o doente fora d'estes estabelecimentos o inspector sanitario communicará o facto ao director ou responsavel pelas referidas casas e estes ficarão obrigados a participar á autoridade sanitaria qualquer molestia que occorra no estabelecimento dentro dos quinze dias que se seguirem á communicação e os nomes e residencias dos alumnos e empregados que faltarem ao estabelecimento por dois dias seguidos. (Art. 193).

DESINFECÇÃO

—O serviço geral de desinfecção organizado para pôr em execução as medidas de hygiene prophylactica e aggressiva dispõe de um desinfectorio central na Capital e poderá crear em epochas de epidemia postos de desinfecção em qualquer zona do Estado onde forem necessarios, para desinfecção e vigilancia medica de passageiros e bagagens. (Arts. 122 e 123).

—Ao serviço geral de desinfecção incumbe:

1.º A desinfecção dos domicilios dos individuos atacados de molestias infectuosas ou transmissiveis e dos objectos contaminados ou suspeitos.

2.º A remoção e conducção dos doentes para as enfermarias de isolamento e enterramento dos cadaveres de indigentes das referidas molestias infectuosas.

3.º A direcção e fiscalisação do isolamento domiciliario nas mesmas molestias. (Art. 126).

—É' obrigatoria a desinfecção do local e dos objectos infeccionados em todos os casos de molestias transmissiveis indicadas no regulamento, ou outras consideradas como taes pelo Conselho Sanitario Estadual. (Art. 128).

—A desinfecção dos domicilios é rigorosamente praticada de modo a preencher seu fim — a destruição dos germens das molestias infectuosas ou transmissiveis, disseminados nos soalhos, paredes, tectos, moveis e em todas as peças e utensilios que tenham servido ao doente e ás pessoas que o tenham assistido. (Art. 129).

—O desinfectorio é provido do material mais adequado á desinfecção, especialmente de estufas a vapor,apparelhos pulverisadores de substancias anti-septicas, productores e projectores de gazes e vapores desinfectantes, e das substancias empregadas na destruição dos microbios pathogenos. (Art. 130).

—Na pratica da desinfecção são applicados os processos mais efficazes e apropriados a cada caso, de accordo com os progressos da sciencia e as noções adquiridas sobre a natureza da molestia, sua etiologia e seu modo de propagação. (Art. 131).

—O inspector do serviço de desinfecção, por si ou por seu ajudante fiscalisa as desinfecções feitas em todos os domicilios, nos quaes se tenham dado casos de molestias transmissiveis, afim de assegurar que sejam executadas de modo a garantir toda a efficacia d'esta medida prophylactica. (Art. 132).

—Nos casos de molestia pestilencial o transporte do cadaver é sempre feito em carro especial do serviço

de desinfecção e o preparo do corpo e do caixão sob a direcção do pessoal d'este serviço.

— A desinfecção dos domicilios nas molestias transmissiveis se faz quer a molestia termine pela cura ou pelo obito, ou depois da remoção do doente para a enfermaria de isolamento, e ainda a pedido do medico assistente durante o curso da molestia. (Art. 157).

— A remoção do doente para a enfermaria de isolamento se faz sempre em carro especial, destinado exclusivamete ao transporte de doentes desta natureza e fornecido pelo serviço de desinfecção. (Art. 158).

— Retirado o doente ou convalescente, no caso de remoção ou de cura, ou removido o cadaver em caso de fallecimento, o inspector do serviço de desinfecção mandará sem demora proceder á desinfecção da casa que tiver sido habitada pelo enfermo, tendo em vista, não só a destruição dos microbios, como a extincção dos ratos e dos insectos e parasitas transmissores dos germens de molestias infectuosas. (Art. 159).

— Se para a desinfecção da casa tornar-se necessaria a mudança dos moradores para outro predio, o inspector do serviço de desinfecção communicará o occorrido ao inspector sanitrio do districto em que taes pessoas forem domiciliar se, cumprindo a este funcionario visital-as durante o praso regulamentar afim de verificar se alguma d'ellas é atacada da molestia. (Art. 160).

— O inspector do serviço mandará renovar o processo de desinfecção do domicilio tantas vezes quantas julgar necessarias, attendendo á natureza da molestia, sua virulencia e transmissibilidade (Art. 161).

(Continua)

Considerações sobre um caso de hemorragia traumática na base do encephalo

Pelo Dr. **Pinto de Carvalho**, tendo sido as notas para a observação colligidas pelo Dr. **Flaviano Innocencio da Silva**

A 14 de Agosto do anno corrente, entrou para a enfermaria de S. Luiz, Hospital Santa Izabel, serviço clinico do Dr. Pinto de Carvalho, Gregorio Cardoso Bufo, pardo, solteiro, com 26 annos de idade, natural da Bahia, carvoeiro de profissão.

O doente entrou para o serviço em braços de compañeros, pelo facto de se não poder absolutamente manter de pé, além de se achar muito gravemente enfermo, a ponto de mal conseguir falar.

Procurando-se obter do paciente alguns dados anamnesticos, bem pouco se pode colher, não só pelo seu abatimento e difficuldade de falar, como porque era de intelligencia apoucada.

Entretanto, conseguiu-se saber que de molestias elle apenas tivera ha algum tempo umas febres, que denominou de *sezões*; não accusou ter tido syphilis e affirmou não ter jamais abusado do alcool. Comtudo, não se poderia concluir com segurança a tal respeito pelas informações do doente, por causa dos motivos que dentro em pouco se verá.

Nenhuma informação se pode colher em relação a ascendentes e proximos parentes.

Com extraordinario esforço e depois de repetidos exames e perguntas, foi que se obteve do paciente a narração, bastante truncada aliás, do accidente que viera a produzir toda a molestia, ou que, pelo menos, parecia havel-a produzido.

Narrou que, ha mais ou menos 2 mezes e tanto, estando em trabalho da sua profissão, a bordo de uma lancha, aconteceu cahir no interior da mesma, batendo com a nuca sobre uma das travessas de madeira da referida embarcação; affirmou que nessa occasião perdera os sentidos, sendo erguido pelo mestre da lancha. Todas estas informações foram dadas com difficuldade e hesitações, porquanto o doente não tem uma lembrança nitida e constante do seu accidente, não sabendo tambem dizer o que fizera nos momentos immediatamente anteriores á queda. Esta perturbação da memoria ia mais longe do que o que acabamos de narrar, pois elle egualmente não guardava recordações dos factos posteriores ao accidente, a ponto de faltar-lhe a nitida consciencia do motivo por que o haviam trazido para o hospital, de quem o trouxera e de onde viera: essa *amnesia*, que desde logo fica archivada, foi depois bem verificada pelo exame minucioso do doente, como ver-se-á daqui a momento.

Apenas do que disse o doente se poudo concluir, com toda a verosimilhança, que a molestia actual datára exactamente da referida queda.

Exame do doente.—Esse exame resentiu-se muito do estado de abatimento em que se encontrava o paciente, pois seria crueldade exigir-se d'elle certos exames especiaes, que não eram inteiramente indispensaveis para o diagnostico e para as indicações therapeuticas: entendemos que, em casos de tal natureza, não deve o professor, para beneficio do ensino, esquecer que é medico e que, como tal, tem o dever da humanidade e da compaixão.

Em decubitus dorsal, como se mantinha a maior parte do tempo, o doente se apresentava visivelmente indiferente ao mundo exterior, pauperrimo de reacções e sem deixar transluzirem grandes emoções. Era capaz de movimentos sobre o leito, mas era-lhe difficil, quando não impossivel, a perfeita coordenação desses movimentos.

Convidado a pôr-se de pé, verificou-se ser isto inteiramente impossivel, existindo, pois, completa *astasia*; ao lado desta encontrou-se absoluta impossibilidade de andar, isto é, verdadeira *abasia*. Entretanto seguro por duas pessoas, podia o doente progredir embora com extrema difficuldade: neste caso verificava-se, evidentemente, a *marcha tabeto-cerebellosa*; realmente, elle andava jogando as pernas bruscamente para a frente, sem coordenação alguma, batendo o chão com o calcanhar, mas, além disto, trocando frequentissimas vezes as pernas, incapaz de seguir uma direcção mais ou menos rectilinea, cambaleando qual se fôra um ebrio, cujo aspecto apresentava claramente. Era o quadro da marcha ebriosa, acompanhado então dos phenomenos da *asynergia cerebellosa*, ainda não ha muito tempo descriptos: de facto, não havia no doente verdadeiro equilibrio entre a propulsão para deante do corpo e dos membros inferiores, succedendo que, ou estes adeantavam-se sobre aquelle, ou o contrario se dava, de modo a haver sempre, ou quasi sempre, desharmonia nessa dupla projecção.

Romberg franco, havendo até por vezes o phenomeno da queda absoluta, da falta completa de tonicidade muscular nos membros inferiores, o que denominam os auctores francezes *derobement des jambes*.

Força muscular geralmente diminuída, não havendo pesquisado a dynamometria por causa do estado de profundo abatimento do doente.

Sensibilidade intacta em todas as suas formas.

Não havia tremores de qualquer especie.

Reflexos patellares inteiramente abolidos; o mesmo em relação aos do tendão de Achilles; conservados os cremasterianos e os dos membros superiores; ausente por completo o reflexo plantar de *Babinski*. Esphincteres normaes.

As pupillas reagiam tanto á luz quanto á accomodação, embora preguiçosamente em ambos os casos. Não pode ser feito o exame campimetrico nem o do fundo do olho, devido ao estado especial do paciente.

Em relação aos aparelhos outros da economia, foi encontrado o seguinte: o doente queixava-se de forte cephalalgia, principalmente occipital; a temperatura era na occasião do primeiro exame, como em todo o percurso da molestia, inteiramente normal. Constipação tenacissima, resistindo mesmo á medicação, aliás sufficientemente energica; vomitos frequentes, simplesmente mucosos, expellidos, porém, sem a menor difficuldade, sem nauseas e como que em regurgitamento; soluço sobrevivendo por accessos, accentuando-se e tornando-se quasi ininterruptos nos ultimos dias da molestia. Além disso, o doente apresentava constantes tonturas, que por vezes constituíam genuinas vertigens. Bulhas cardiacas bastante enfraquecidas; pulso quasi miseravel. No aparelho respiratorio nada de anormal, a não ser o soluço já referido. O aparelho genito-urinario não apresentava perturbações de monta:

urinas pouco abundantes e escuras, sem, porém, elementos anormaes.

Nenhumas perturbações tropicas nem secretorias.

Estado mental.—Já nos referimos acima ao estado de torpôr e indiferença que se notava no doente logo á sua aproximação; o que, porém, mais interessava no seu estado psychico era o grau profundo de amnesia que nelle se notava: realmente, já nos referimos ligeiramente á perturbação da memoria que fazia com que não pudesse o paciente dar informações sobre os acontecimentos immediatamente anteriores ao accidente que dera logar a toda a scena morbida; tratava-se ahí de *amnesia retrograda*, que vinha acompanhada de *amnesia anterograda*, visto como elle tambem não podia informar dos acontecimentos posteriores ao facto.

Esta amnesia se fazia sentir, não só no que diz respeito ao phenomeno psychologico da memoria de conservação, como da memoria de reproducção. Inquirindo-se do doente quem o trouxera para o hospital, não soube informar; indagando-se de que casa viera, onde estava situada essa casa, falava confusa e desorientadamente em uma sua madrinha, sem, entretanto, ligar grande importancia ao que dizia e sem parecer recordar-se nitidamente das possiveis relações entre essa sua madrinha e a sua entrada no hospital; procurando-se obter do doente a declaração do logar em que passara a noite anterior (sabia se que dormira no hospital) elle não sabia precisar, falando na casa da madrinha, ou dizendo que dormira parte da noite no hospital, parte na rua, o que era inteiramente inverdico. Sendo tão completo o grau de amnesia, procurou-se

levar mais longe o exame, fazendo perguntas sobre factos muito mais recentes: assim foi que se lhe perguntou se já havia comido naquelle dia, respondendo elle que não, quando a verdade era já havel-o feito, porquanto tomára a primeira refeição do dia. Neste mesmo sentido foram feitas outras experiencias e demonstrações, que não valem repetidas por serem todas semelhantes ás já citadas.

Claro está que, como consequencia inevitavel de tal perturbação da memoria, haveria de estar o paciente bastante desorientado em relação ao tempo e ao meio: era realmente o que se observava, mantendo-se, entretanto, bem regular a associação de idéas, embora retardadas, ao par de todas as demais funcções mentaes.

Não havia delirio de qualquer especie, nem allucinações ou outros erros sensoriaes; a mentalidade estava, pois, com a sua tonicidade toda diminuida, mas sem desvios extremos.

Apezar da adequada medicação empregada, todo este conjuncto morbido se foi gradualmente agravando, ao ponto de ser evidente não poder o doente resistir de modo algum.

De facto, a 21, o estado era desesperador: estabelecera-se o coma, estando o doente inteiramente inerte e inconsciente, não tendo mais vomitos, mas persistindo os soluços; coração em constante ameaça de collapsus, pulso miserabilissimo, filiforme, incontavel; respiração muito superficial; temperatura normal. Em uma palavra, era a agonia que se estabelecera e a morte era inevitavel. No dia seguinte, 22, dava-se o desenlace.

Deante da curiosidade do caso, difficil de se reproduzir, havia sido o doente assumpto de varias lecções nossas que fizemos a analyse de cada um dos symptomas apresentados, chegando assim a um diagnostico preciso.

Realmente tratava-se de um individuo que soffrera um traumatismo sobre a nuca e apresentava como consequencia immediata do mesmo as seguintes perturbações: cephalgia occipital, vertigens, tonturas constantes, vomitos, soluço, fraqueza da tonicidade cardiaca, astasia, abasia, marcha tabeto-cerebellosa e mais cerebellosa do que ataxica, quando andava seguro por companheiros, asynergia cerebellosa, abolição dos reflexos patellares, Romberg, profunda amnesia e consequente desorientação no meio e no tempo.

Impunha-se o diagnostico que foi feito e longamente justificado: *tratava-se de lesão traumatica, naturalmente traduzida por derramen sanguineo ou sero-sanguineo, talvez seguido da formação de hematoma, de qualquer modo localizado certamente na parte posterior da base do encephalo, compromettido especialmente o cerebello.*

Esta localisação explicava evidentemente toda a symptomatologia apresentada, como foi demonstrado em aula. Qual o syndroma cerebellosa senão o que se manifesta pelas perturbações da marcha, asynergia cerebellosa, vertigens, vomitos, astasia e abasia, etc.?

Restava explicar a amnesia, as perturbações cardiacas e o soluço; em relação á primeira, não é necessario fazer-se grande dispendido de erudição para demonstrado deixar-se quanto é frequente esse symptoma em todos os casos de traumatismos craneanos, a ponto de ser esta a causa mais frequente da amnesia. Abundam os casos dessa natureza na litteratura medica,

de modo a fazer-se desnecessaria qualquer demonstração a respeito.

As alterações cardiacas e o soluço bem podiam ter a mesma origem, assim foi explicado o duplo phenomeno em aula: são por demais conhecidas as relações de contiguidade existentes entre o nervo pneumogastrico e o cerebello, cuja face inferior aquelle nervo toca de perto; sendo assim, dada a noção do effeito do pneumogastrico sobre o coração, effeito retardador ainda admittido pela maioria dos physiologistas, de outro lado levando-se em conta o facto de serem os movimentos do diaphragma em sua maioria regidos pelo mesmo nervo; nada mais facil de explicar do que a symptomatologia apresentada, que evidentemente seria devida a uma irritação do pneumogastrico, comprimido pela lesão de visinhança do cerebello.

Centro indubitavel da kinesthesia, o cerebello com a sua lesão bastava para explicar todos os outros phenomenos apresentados pelo doente.

Tal o diagnostico feito, tal o estudo pathogenetico, aqui resumido, em aula longa e minuciosamente esplanado.

* * *

Havendo o doente fallecido ás duas horas da tarde de 22 a 23, foi praticada a autopsia pelo interno da clinica Velloso, auxiliado pelos doutorandos Juvenal e Menezes e pelo Dr. Vivaldo Lima, sob a direcção do assistente da clinica—Dr. Messias Patury.

Por ter sido feriado o dia 23, não poude a autopsia ser praticada na Faculdade, sendo feita no proprio

hospital, com material incompletissimo, pelo que não pode ser tão completa quanto desejavel. Assim foi que se não pode examinar a medulla, por falta absoluta do indispensavel material. Em todo caso, a necropsia mirou especialmente o encephalo que era o organo que mais interessava no caso.

Eis o resultado, tal como foi communicado pelos collegas que praticaram a autopsia: as paredes da caixa craneana nada apresentavam de anormal, não se encontrando vestigios de fractura; as meninges achavam-se um tanto congestas, especialmente na parte postero-inferior do craneo; hyperhemia venosa generalizada; placas de hyperhemia activa em alguns pontos, maximé nas circumvisinhanças das circumvoluções parietaes; na base as meninges nada apparentavam de anormal, não se encontrando hematoma algum; *na parte posterior, porém, da base, entre o cerebello e o lobo occipital do cerebro, estendendo-se para deante até as proximidades da protuberancia, encontrou-se notavel collecção sanguinea, que comprimia forçosamente o cerebello.* Do terceiro ventriculo pareceu a principio que sahia um pouco de sangue, verificando-se depois tratar-se do proprio liquido cephalo-rachidiano trazendo em dissolução hemoglobina.

Dada a impossibilidade de exame mais minucioso, foi o encephalo posto a conservar em alcool a 36°, por não estar ainda o gabinete provido das necessarias soluções conservadoras, o que já agora não acontece, visto existirem nelle sempre promptas as soluções de Kaiserling, as melhores para a perfeita conservação das peças anatomicas.

A 25 foram as peças retiradas do alcool, para sobre

ellas se fazerem os necessarios estudos e especialmente os cortes indispensaveis.

Cortados os pedunculos cerebellosos, foi o cerebello inteiramente separado do resto do encephalo; na parte superior dos lobos cerebellosos, especialmente do esquerdo, como na parte inferior do lobo occipital esquerdo, ainda estava muito visivel o vestigio da colleção sanguinea que ahi existira: como a descorticação não fora bem feita, não se achavam as peças bem conservadas; notava-se, entretanto, que a necrose cada-verica se accentuara e andara mais rapida justamente nesses pontos em que houvera a colleção sanguinea.

Foi feita então a secção mediana pelo vermis, nada se encontrando de anormal nas duas superficies de secção. Cada um dos hemispherios cerebellosos foi então seccionado, encontrando-se o seguinte: o hemispherio direito nada apresentava de anormal; no esquerdo, ao contrario, a putrefacção cadaverica já se iniciara; na superficie de secção podia-se verificar as lesões profundas do hemispherio em questão, lesões caracterizadas por uma zona de amolecimento, apresentando-se os dous lados do hemispherio fortemente pigmentados, com estrias sanguinolentas e vasos muito visiveis, denotando assim o processo hyperhemico que ali se passara, azyore da vida pouco visivel, por estarem os seus ramos incluidos na grande zona de amolecimento, que apresentava o aspecto gelatinoso.

A parte anterior da base nada apresentava de anormal, nem para o lado dos nervos opticos, nem, mais para traz, nos pedunculos, ou na protuberancia, o mesmo se observando em relação ao bolbo: essa normalidade, macroscopica bem se entende, fazia-se ver não só na parte externa de cada um desses organs, como na sua contextura intima, depois de realizados cortes em cada um. Os ventriculos medio e lateraes

não continham collecção sanguinea nem outro qualquer liquido anormal.

Separados os hemispherios cerebraes, foram feitos os cortes de Pitres; nada havendo de anormal no hemispherio direito; no esquerdo foram encontradas as seguintes lesões: nada nas superficies dos cortes prefrontal, parietal e occipital; no corte frontal encontrou-se uma zona de amollecimento correspondendo á insula de Reil; no corte pediculo-frontal, do lado do polo frontal, continuava-se a ver a referida zona de amollecimento, que ahi descia um pouco mais, não incluindo ainda, porem, a capsula interna, emquanto do lado do polo occipital muito mais se accentuava a lesão, englobando as capsulas extrema e externa na sua parte anterior, limitada pela parte superior do nucleo lenticular, conservando-se intactas as partes inferiores deste e a camá optica; no corte pediculo-parietal o amollecimento ainda era visivel, englobando no lado frontal parte do nucleo lenticular e gradualmente diminuindo de espessura para o lado do polo occipital, de modo a não ser mais visivel no corte parietal, como ácima ficou dicto.

Esses os informes da necropsia e dos exames posteriores das peças anatomicas, exame que foi feito por nós auxiliado pelo Dr. Flaviano I. da Silva e pelos alumnos Menezes e Velloso, sendo o Dr. Flaviano incumbido de anotar as observações que iamoz fazendo.

* * *

Como se vê, estava inteiramente justificada pela necropsia o diagnostico feito na clinica, em vida do doente, sendo esse diagnostico plenamente confirmado nas suas maiores minucias. Nada havia, realmente, a accrescentar-se no referente á pathogenia invocada

para a explicação dos varios symptomas; as lesões descobertas bastavam para esta justificativa, não sendo necessario voltarmos aqui ao estudo do syndroma que deveria ser produzido pelas referidas lesões.

Apenas uma alteração somatica passara despercebida, que foi o foco de amollecimento cortical e sub-cortical do cerebro; de facto, nenhum symptoma revelara em vida tal lesão, a não ser que se leve á sua conta a amnesia encontrada. Entretanto, para explical-a não seria necessario recorrer a essa hypothese, tanto mais quanto se sabe que os traumatismos craneanos produzem tal phenomeno, sem que na autopsia se descubra lesão alguma que o justifique. Seria, em todo caso, a amnesia produzida pela lesão dos feixes psychicos, aquelles que ligam os centros superiores, o centro O de Grasset, aos andares inferiores do encephalo? Possivel a hypothese,

De qualquer modo, essa lesão importa um desmentido formal á opinião dos que pensam ser a insula um centro coordenador da palavra articulada: assim é que no caso em questão houve profunda destruição da insula, sem que se houvesse manifestado a mais insignificante perturbação da linguagem, excepção feita para a alteração dependente exclusivamente da amnesia e consequente desorientação mental.

Qual o mecanismo porque se produzira, porém aquelle vasto foco de amollecimento cortical? Dependeu do traumatismo ou era anterior a este? Perguntas propostas em aula e resolvidas finalmente, após acurado estudo, do modo que se vae ver.

Não é preciso invocar-se uma lesão preexistente para a comprehensão de tal facto; ligamol-o ao proprio traumatismo, podendo-se explicar então o phenomeno por dous processos diferentes: ou o traumatismo teria

dado logar á formação de um fóco hemorrhagico, que por compressão viesse a produzir o amollecimento, deixando de ser visivel o fóco hemorrhagico pelo mesmo facto do amollecimento, o que nada tem de impossivel, porquanto se sabe que as lesões dos traumas se produzem muitas vezes a certa distancia do ponto traumatisado; ou então o amollecimento fôra produzido por um embolo que fechara a luz de arteriolas que irrigavam o ponto amollecido. Neste ultimo caso resta a explicação de como se viera a formar o dicto embolo.

Vejamos se existe meio de explicar sensatamente o facto.

Dissemos que o fóco hemorrhagico da base localisava-se entre o cerebello e o lobo occipital, estendendo-se, porém, para fóra e um pouco para deante até as circumvisinhanças da protuberancia; ora, é justamente nessa região que as duas arterias vertebraes se unem para a formação do tronco bacillar: supponhamos que a pressão do derramen, agindo sobre esse tronco, ou mesmo sobre uma das vertebraes, impedisse ahi o livre curso da corrente sanguinea; como facilmente acontece em casos de tal ordem, seria possivel que se formassem pequenos coagulos, ou talvez um a dous coagulos. Supponhamos ainda que esse coagulo não foi sufficiente para constituir trombus, capaz, por conseguinte, de impedir completamente a circulação; impellido pela corrente sanguinea, o pequeno coagulo caminharia na direcção da mesma corrente, seguindo o caminho do tronco basilar, communicante lateral, cerebral media, indo finalmente localisar-se em uma das arteriolas da insula, ou talvez antes desse ponto, mas nas suas immediações, fechando-lhe a luz, impedindo a

irrigação do ponto de distribuição da mesma ou das mesmas arteriolas, de onde, como sempre em casos taes, o amollecimento da região?

Simple hypothese, é verdade, mas tanto mais verosimil quanto o processo invocado viria explicar tambem, e com identica facilidade, o fóco de amollecimento existente no interior do hemispherio cerebeloso esquerdo: não é, porventura, da parte posterior do tronco basilar que nasce a arteria cerebellosa anterior e inferior e não é da vertebral que nasce a arteria cerebllosa inferior e posterior, de cada lado já se vê? E não são taes arterias que irrigam principalmente os hemisphérios cerebellosos?

Admittida a hypothese aventada, ao passo que um coagulo se destacaria para seguir o caminho acima indicado, em direcção ao cortex cerebral, outro seguiria caminho differente, indo por uma das referidas arterias cerebellosas impedir a conveniente irrigação do cerebello, dando então logar ao amollecimento mencionado.

Até o proprio facto de se assestarem as lesões todas do lado esquerdo pode encontrar explicação satisfactoria na hypothese formulada: realmente, se as alterações se localisaram no lado esquerdo, foi porque os coagulos seguiram essa direcção; e se elles a seguiram, foi isto devido ao facto de ser mais profusa a irrigação sanguinea em todo o lado esquerdo dos centros nervosos superiores, de onde ser mais facil a um coagulo destacado seguir a torrente que se destina a este lado, pelas regras geraes da dynamica.

Creemos bem, portanto, que não é desprovida de razão a nossa hypothese.

Mais uma vez diremos, pois, que os resultados da necropsia justificaram inteiramente o diagnostico;

confirmado nas suas mais completas minudencias. Acreditamos piamente ser impossivel contestar-se que foi o traumatismo craneano causa immediata de toda a molestia: exacto, pois, o nosso diagnostico de—*hemorrhagia traumatica na parte posterior da base do encephalo, compromettendo especialmente o cerebello.*

Infelizmente, a insufficiencia de material não permittiu fossem feitos cortes seriados de cerebro e cerebello, tal como se faz em casos dessa natureza; como tambem não se poude examinar ao microscopio alguns nervos craneanos e particularmente o pneumogastrico.

* * *

Ahi fica o caso clinico archivado, tal como o observamos, e seguido das considerações que nos suggeriu. Cremos não ser de modo algum inutil esta observação, tanto mais quanto não serão muito communs os casos dessa natureza, seguidos da competente autopsia.

Esse o motivo especial que nos levou a publical-o, tal como fizemos d'elle assumpto para muitas aulas.

Bahia, Setembro de 1907.

Dr. Pinto de Carvalho.

Fragmentos de semeiologia medica

A OCULO-REACÇÃO DE CALMETTE

Causa neste momento justa sensação no mundo scientifico o descobrimento com que engrandeceu a arte do diagnostico o Professor Calmette, de Lille. As difficuldades que até aqui não raras vezes offerencia o diagnostico da tuberculose, ou porque suas manifestações iniciaes fosse[m] apagadas e indecisas mesmo ao

olhar perscrutador dos mais competentes, ou porque molestias outras lhe tomassem por completo a feição symptomatica de modo a se impôr sincera duvida no distinguil-as,.... taes difficuldades, para honra da sciencia medica e maximo bem da humanidade soffredora, em grande parte se esvaecem deante do processo apresentado pelo sabio professor de Lille, do qual processo não é dizer muito chamal-o exacto, verdadeiro, preciso, facil, expedito, elegante, pratico. Não se vejam nesta adjectivação abundante mostras de um enthusiasmo immoderado pela novidade da ultima hora. Enthusiasmo de facto existe da parte de quem subscreve estas linhas, mas esse motivado pelo real valor da descoberta, a emparelhar-se em importancia com a röntgoscopia ou o cyto-diagnostico ou o soro-diagnostico, trazendo apenas a confronto as conquistas propedeuticas mais recentes.

Para informação completa e methodica aos leitores da—*Gazeta Medica*—do quanto já ha feito e escripto sobre a questão ainda, consinta-se a expressão, recém-nascida e já bastante ampla no éntretanto, traçamo nos o seguinte programma que podemos assim summariar: estudar o ponto de partida-da descoberta de Calmette; descrever a technica da oculo-reacção e os resultados que della se podem colher; dar noticia dos trabalhos de confirmação chegados ao nosso conhecimento e apresentar o resultado daquelles que aqui emprehendemos com a intelligente e dedicada collaboração do academico Martagão Gesteira; traçar em um golpe de vista as varias situações clinicas a que a oculo-reacção vem prestar inestimavel serviço; em considerações finaes fallar da applicação hygienica e prophylatica que se tem feito da nova descoberta.

E sirva de enfecho a estes dizeres prefaciaes a reve-

lação de nosso agradecimento ao sabio mestre Dr. Gonçalo Moniz, á cuja vasta erudição varias vezes recorreremos para desempenho da tarefa de que approuve á sua benevolencia fossemos nós encarregado.

* * *

Passava sob color de verdade consagrada que o bovideo, uma vez infectado pela vaccina, não apresentava reacção alguma á revaccinação, si esta fosse tentada a curto prazo da primeira. Von Pirket, de Berlim, em acurada observação conseguiu provar a inexactidão desta affirmativa.

Parceu a diversos veterinarios negativo o effeito de uma re-inoculação, porque o animal só era examinado uma vez por semana. Em verdade, si se tem o cuidado de ver o animal dia a dia depois da revaccinação, percebe-se no ponto inoculado uma reacção constituida por uma pequena papula que no curto trecho de oito dias evolve e se desfaz sem deixar vestigios: e ahi está porque ao exame apenas mono-hebdomario a reacção passara por inexistente. Ora bem. Tal reacção só se mostra nos bovideos já vaccinados, por maneira que serve de diagnostico de uma vaccinação anterior.

Von Pirket imaginou que phenomeno semelhante talvez se passasse em relação á tuberculose, isto é, que se produzisse tambem uma reacção á inoculação cutanea superficial de tuberculina, em se tractando de um animal tuberculoso e somente neste; e para logo entreviu a possibilidade de applicar o processo ao tisiologico. Não tardou este notavel scientista em tentar a sancção practica de sua concepção theorica e fel-o logo *in anima nobili*.

Com um bisturi elle escarificou a pelle do anti-braço de um homem tuberculoso, escarificação bem superficial que produziu apenas um ligeiro marejamento hemorrhagico, e nos pontos escarificados deixou cahir algumas gottas de tuberculina glicerizada bruta. Vinte e quatro horas depois, elle viu produzirem-se nos pontos inoculados pequenas papulas aureoladas de uma zona rubra. Continuando seus experimentos, von Pirket suppoz-se autorisado a concluir que o phenomeno descripto só apparece nos phymicos e é de todo em todo inexistente nos individuos sãos ou soffredores de molestias outras que não a bacillose.

Vallée professor da escola veterinaria de Alfort, procurou verificar em bovideos os resultados annunciados por von Pirket. Confirmou-os *amplissimo modo* e propoz se chamasse a reacção da pelle á tuberculina a cuti-reacção, nome que foi geralmente accedido.

Não nos detenhemos a discutir o valor contestavel e contestado da cuti-reacção, objecto talvez de um outro artigo. No momento collimamos exclusivamente a oculo-reacção, de que a cuti-reacção foi uma precedente historica de importancia no seu evolver, como passamos a ver.

A 17 de Junho deste anno, era assumpto de discussão na Sociedade de Medicina de Berlim a communicação de von Pirket, quando Alfred Wolff Eissner aventou a ideia de que se poderia talvez obter uma reacção analogá, instillando uma gotta da tuberculina bruta na conjunctiva ocular: a substituição lembrada se avantajava ao processo primitivo em maior facilidade technica e quiçá em maior presteza.

Na mesma data, por uma dessas coincidencias não muito raras nos annaes da historia scientifica, Vallée

communicava á—Academia de Sciencias de Paris—que tinha feito uma modificação ao methodo da cuti-reacção, tendo utilisado a conjunctiva ocular ao emvez da pelle para inoculação tuberculínica. E concluiu Vallée que a reacção ocular não sobrelevava á cuti-reacção em valor diagnostico, além de que a dor e mais vexames oculares de ordem inflammatoria dimanantes da primeira a tornavam inadapavel á medicina humana.

Era este o estado da sciencia em relação á reacção ocular tuberculínica, isto é, de simples idéa emitida no curso de uma discussão na Allemanha e de quasi formal condemnação em França, quando Calmette annunciou que de longa data vinha estudando a acção da peçonha ophidica sobre a conjunctiva ocular de animaes mordidos e que, orientando pesquisas deste jaez para o campo da tuberculose sob o influxo dos estudos de Pirket e Vallée, chegára á criação de um methodo diagnostico grandemente exacto e absolutamente innocuo que elle propunha chamar-se ophthalmoreacção. E ahi está como nasceu de uma successão de factos e de idéas a reacção ocular á tuberculina ou ophthalmoreacção ou oculo-reacção, nome ultimo do ponto de vista da pureza de linguagem preferivel, porque não é um composto hybrido.

* * *

Consiste a oculo-reacção na instillação de uma gotta da solução centesimal de tuberculina e na observação do que se passa para o lado da conjunctiva bulbar e palpebral no espaço de um a tres dias seguintes. Em se tratando de um individuo são ou deente de affecção não tuberculosa, nada acontece, nada surge de anomalo, como si a instillação feita fosse a de uma gotta de agua

esterilizada. Em se tratando, porém, de um individuo tuberculizado, não importa o organo em que a bacillose esteja assestada, produz-se uma reacção que vae do simples rubor conjunctival a uma conjunctivite purulenta, em todo o caso sem nenhuma gravidade ulterior, porque dentro de oito dias a inflammação, intensa que tenha sido, desaparece por completo.

Fallamos em solução de tuberculina.

Importa saber, é ponto em que cuidadosamente insiste Calmette, que toda tuberculina não serve para o fim almejado. Assim é que nunca se deve utilizar a tuberculina glicerinada bruta ou antiga tuberculina de Koch, porque, sobre ser a glicerina um pouco caustica e, pois, só por si capaz de determinar um resultado que falsearia a reacção, ha na tuberculina bruta substancias extranhas irritantes, como ceras e resinas.

Deve-se utilizar sempre a tuberculina secca precipitada que se dissolverá nagua segundo o titulo indicado esterilizando a solução em autoclave (sem passar 105°).

São muito para louvar os rigores de experimentação que se impôz Calmette, para affastar toda causa de erro e sobretudo para não dar ensejo ás objecções sempre promptas e como que já previamente architectadas pelos criticos theoricos, especie bastarda de scientistas que por toda a parte examem. No emtanto não nos soffre o animo occultarmos que achamos um tanto exaggerados os receios de Calmette. Assim é que desejoso de conhecer *de visu* os bellos resultados annunciados da oculo-racção e não tendo á mão a tuberculina recommendada, fizemol-a com a antiga tuberculina convenientemente diluida e até agora nenhum inconveniente

temos a registrar: nem se intensificou em extremo a reacção nos bacillares, nem nos não bacillares esta sobreveiu como fazia receiar a existencia na tuberculina bruta de substancias extranhas irritantes.

Calmette emprega sempre a solução de tuberculina 1%. Esta porcentagem parece demasiada a Comby.

Diz esse notavel pediatra, um dos mais fervorosos propugnadores da oculo-reacção, que a solução centesimal de Calmette por vezes determina uma reacção violenta que, comquanto sem gravidade e sem nenhuma influencia sobre o estado geral, todavia é incommoda.

Elle preconisa em substituição uma solução a 1:200, igual á primitiva na exactidão dos resultados e a ella preferivel no moderado reaccional.

Com o grande poder analytico de eminente clinico que é, Comby esmiuça as variações de intensidade da reacção positiva e distingue nesta tres graus, que muito apropriadamente elle denomina 1.^o) de reacção ligeira, 2.^o) de reacção moderada, 3.^o) de reacção violenta. Na reacção ligeira ha simples rubor da conjunctiva palpebral e da caruncula. E' mais da comparação com o olho são que da observação isolada do olho instillado que se deprehendo a positividade da reacção.

Na reacção moderada o rubor transpõe os limites da conjunctiva palpebral e attinge tambem a conjunctiva bulbar; o globo ocular congestionado dá o aspecto de uma conjunctivite catarrhal aguda. Na reacção violenta o processo inflammatorio vae a mais; edemaciam-se as palpebras, o globo ocular se torna mancha hematica pelo quanto é intensa a congestão vascular, forma-se secreção purulenta: dir-se-ia uma ophtalmia purulenta. Tambem Letulle, o eminente clinico do Hospital

Boucicaut, se occupa em pormenorizar os aspectos da superficie ocular após uma reacção positiva e descreve e reproduz photographicamente dois differentes graus. Em um, os minusculos vasos da conjunctiva bulbar, engorgitados, traçam em direcção perpendicular ao limbo corneo raios divergentes e finamente sinuosos; é no fundo do sacco palpebral inferior se forma uma estreita faixa do muco-pus fibrinoide. Em outro grau, a conjunctiva bulbar apparece sobremaneira congesta, ha de cada lado da linha equatorial da cornea um largo feixe de vasos turgidos de sangue; e uma gotta de muco-pus fibrinoide se apresenta no angulo interno do olho. A descripção de Letulle, attentando-se bem, pouco differe da de Comby na parte em que este se refere á reacção moderada, e poder-se-ia dizer que os dois graus diferenciados pelo primeiro são simples modalidades descriptivas do segundo grau estabelecido pelo ultimo.

Ordinariamente a oculo-reacção, quando positiva, começa a revelar-se entre a terceira e sexta hora depois da instillação, torna-se manifesta no fim das vinte e quatro horas e dahi por diante vae a pouco e pouco regredindo, por maneira que já no terceiro dia não se notam mais vestigios da anormalidade provocada. São possiveis e até não muito raros dois desvios deste, chamemos assim, costumeiro padrão evolutivo. Ou a reacção começa a positivar-se muitas horas depois da instillação (quarenta e oito e até noventa e seis horas depois): ter-se-á uma reacção retardada. Ou a reacção, uma vez produzida, é lenta em desfazer-se, tarda a cura da lesão experimental: ter-se-á uma reacção prolongada. E' bem que se esteja avisado da possibilidade desses dois desregramentos evolutivos da oculo-reacção; e sobretudo do primeiro, para que precipitadamente

se não affirme a negatividade da reacção onde apenas ha demora da positividade. Tenha-se como regra examinar o doente tres a quatro dias consecutivos e somente então concluir com segurança.

A oculo-reacção é processo diagnostico que quasi não encontra restricções em sua applicação. Sem acção sobre o estado geral que ella não altera e tampouco sobre a evolução das lesões tuberculosas que ella não influencia de modo algum, a oculo-reacção pode ser desassustadamente ensaiada nos febricitantes, nos depauperados, nos hemoptysicos e nos suspeitos de geraes lesões com a mesma segurança que nos suspeitos de lesões minimas. Só ha uma circumstancias que embaraça a pratica da oculo-reacção—é a existencia de uma affecção ocular. De facto toda affecção ocular preexistente aguda ou chronica (blepharite, conjunctivite, keratite ou outra) contra-indica a oculo-reacção. E não basta, accressenta Comby, que um dos olhos esteja são; é preciso que ambos os olhos estejam indemnes.

Havendo um olho doente, prosegue Comby, a oculo-reacção poderá attrahir para o olho são a affecção de seu congenere, além de que não se poderá facilmente julgar por comparação a qualidade da reacção. Não apanhamos bem a legitimidade da primeira rasão, que reproduzimos simplesmente por vir donde vem; ao contrario a segunda é sobremodo clara e descarece de todo commentario elucidativo. Seja como for, permanece immenso o campo de applicação da oculo-reacção, o que contribue grandemente para exaltação justissima e racional deste methodo diagnostico.

E não larguemos mão deste paragrapho, sem primeiro indagarmos a rasão de ser, a pathogenia da reacção ocular. Ora, eis precisamente um assumpto que não

vimos em parte alguma bem esclarecido. Do quanto laboriosamente pesquisamos em leituras multiplas, só conseguimos desencovar a seguinte opinião de Citron, emittida na sessão de 24 de Julho deste anno na sociedade de Medicina de Berim: «a oculo-reacção é devida a uma formação local de anti-toxinas». Através da imprecisão desta formula ultra-syntheticca, não será talvez temerario acreditar que o scientista allemão condensou duas hypotheses ou suppostas verdades que assim se desdobram: *a*) a antitoxina tuberculosa é muito irritante para a conjunctiva ocular; *b*) a instillação de tuberculina só provoca a formação de anti-toxina no individuo já tuberculizado. A segunda proposição nada contribue para a elucidação da questão, porque envolve em si uma outra incognita e quanto á primeira, não é pelo menos moeda corrente no commercio scientifico. Bem nebulosa, pois, a opinião germanica; e como, tirante esta, nenhuma outra se nos deparou, excogitamos uma propria que supponmos mais clara ou menos obscura, si não nos offusca o julgamento o enlevo da paternidade. Uma hypothese em todo o caso, cuja confirmação ou infirmação pratica poderia ser dada pelos competentes da experimentação bacteriologica, a quem daqui invocamos o decisivo apoio. A oculo-reacção é talvez devida a irritação conjunctival por uma substancia resultante da combinação da tuberculina instillada com a antitoxina em circulação no sangue.

Comprehende-se então que a oculo-reacção só se manifesta nos individuos tuberculosos, porque somente estes possuem no sangue antitoxinas, que são producto da defesa organica contra as toxinas que a cada momento os focos bacillares derramam na economia. E se comprehende tambem um facto que reservamos para mais tarde assignalar, que a oculo-reacção é

quasi sempre negativa nos phymicos cachecticos, em periodo terminavel. São doentes em que a defeza organica baqueiou, em que portante as antitoxinas não podem ser formadas e não circulam, pois, no sangue. Si uma hypothese tem direito de ser attendida quando dá explicação dos factos determinados, parece-nos que a que externamos não merece sem mais exame regeitada. Diminuto, porém, será sempre seu valor, emquanto não a transformar em doutrina irrecusavel a demonstração experimental, porque muitissimas vezes o verosimil não é o verdadeiro e não ha que fiar na simples apparencia de verdade para suppor desde logo tel-a attingido.

(*Continúa*).

PRADO VALLADARES

Assistente de Clinica Propedeutica.

Um caso de ferida penetrante do coração com sobrevivencia de oito dias

(NOTA MEDICO-LEGAL)

Nem sempre a cicatriz põe termo ao quadro morbido, remanescem vestigios da acção traumatica, formando a vasta renque dos phenomenos secundarios, que do perito merecem attenção pois constituem molestias insanaveis, as vezes incompativeis com o trabalho efficaz; taes são as insufficiencias valvulares, as athresias dos orificios, a symphise cardiaca, os aneurysmas cardiacos, além dos accidentes proximos entre os quaes a pericardite de funestas consequencias. Este é um dos escolhos que topa o perito, pois nem sempre é facil determinar a relação de

efficiencia entre o trauma incriminado e a molestia em questão, nem mesmo saber qual a influencia que no evoluer desta teve aquelle.

E' obvio que na sobrevivencia influe a séde do ferimento e neste particular a gravidade cresce na razão inversa da frequencia. Pelos dados de Malaussena, a percentagem é de 31 de mortes rapidas para o ventriculo direito 38,5 para o esquerdo, 64 para a auricula direita e 75 para a esquerda. A sobrevivencia é, porém, sempre possivel.

As feridas não penetrantes são as menos graves, ainda que predisponham ás rupturas, e aos aneurysmas cardiacos como observára Muhling.

Soulinoux bem avisadamente distingue das outras as feridas (penetrantes ou não) em que são lesados ramos importantes das coronarias. Sombrio é, então, o prognostico, porque a anemia myocardica, acarretando a syncope mortal, destroe com sobrevivencia de 63 dias.

Nas lesões penetrantes a gravidade, como mostra a estatistica, depende da séde. Lesado o ventriculo direito dominam a scena os phenomenos dependentes da pequena circulação, emquanto no esquerdo rapidos surgem phenomenos de anemia cerebral e consequentemente a perda do conhecimento, e a morte. Donde conclue-se que, em egualdade de condições, as lesões ventriculares direitas deixam mais ao paciente a possibilidade de lutar, locomover-se, etc., do que as do esquerdo. A gravidade é maior nas feridas auriculares, pois as paredes delgadas facilitam a hemorrhagia primitiva mortal.

A respeito devo transcrever o seguinte quadro de Malaussena:

Sobrevivencia.....	V.D.	V.E.	A.D.	A.E.	Outros pontos
de alg. minutos a lh	12	15	4	2	7
de 1 h. a 6 h.....	9	10	2	0	3
de 6 h. a 24 h.....	7	0	5	1	3
de 1 dia a 1 mez.....	48	32	5	1	18
de 1 mez a 1 anno...	2	4	0	0	7
de muito annos.....	9	2	0	0	6
indeterminada.....	6	6	1	0	7
	93	69	17	4	52 = 255

Sobre 93 feridos no ventriculo direito 20 viveram mais de um dia, 31 %. A proporção cresce rapidamente si se examinam as feridas do ventriculo esquerdo, em que se encontra 38 % de mortes nas 24 horas e as das auriculas direita, 64 %, e da esquerda 75 %. (Malaussena).

Isto não obstante, afora os casos reputados de cura, já alludidos, encontram-se longas sobrevivencias qualquer que seja o ponto attingido. Nas lesões da auricula esquerda de 19 dias (Giordano), de 20 e poucas horas (Chastenet), de 1 hora (Targioni) etc. Nas da auricula direita de 20 dias (Montegre), de 11 dias (Saviart), de 5 (Plegny) de 37 horas (Von Beverwyck), etc. Nas ventriculares esquerdas de 65 dias (Marini), de 32 (Delmas), de 20 dias (Udhe), de 10 dias (Boyer, Frisi), de 5 dias (Niemann), etc. Nas do ventriculo direito ha de 21 dias (Messerli), de 18 (Letenet), de 15 (Muller), de 14 (Munscher), de 13 (Anger), etc.

Aqui tambem decididamente influe a especie da arma, sua forma e dimensões. As mais graves, em que pese a opinião de Malaussena, são as por arma de fogo, a que acompanham as por instrumentos perfurocortantes sendo as menos graves as por instrumentos

perfurantes como demonstram as experiencias [Madia], e as observações typicas de Tillaux e Renauldinp.

Inquire commummente o magistrado se a arma apresentada foi a que praticou o ferimento; e se não deve deslêmbiar o perito de que, apesar da opinião contraria de Charrin, lembrando o processo Pavie-Rogottier, a forma da ferida raramente reproduz a da arma, como o affirmam Hoffmann e Madia para só citar os que estudaram mais especialmente a questão.

A forma da ferida, sua extensão, a disposição dos labios, a falta de parallelismo entre o orificio cardiaco e o thoracico e entre o cardiaco exterior e o interior e a direcção, agindo sobre a intensidade da hemorrhagia, podem retardar ou accelerar a morte. Assim tambem a espessura da parede cardiaca, a intensidade das contracções. Como factor de sobrevivencia é assignalado o parallelismo da ferida em relação ás fibras cardiacas, emquanto a obliquidade augmentando o afastamento dos bordos favorece a hemorrhagia. Contra tal sentir insurgem-se Hoffmann e Kolisko, que affirmam tal facto em nada influe, pois a disposição das fibras cardiacas é tão complexa e intrincada, que se não pode adimittir uma acção preponderante de determinados feixes sobre o afastamento dos bordos.

Finalmente a formação do coagulo obturador é considerada um dos principaes elemento da longa sobrevivencia.

Mas ao medico legista não interessam somente os casos de longa sobrevivencia, grande importancia têm tambem aquelles em que a victima, apesar da morte proxima, poude executar certos actos, locomover-se, transviando muitas vezes a acção da justiça, levando-a a classificação erronea do delicto.

Seria temeridade tentar resumir a casística. Entretanto lembrarei alguns.

Raimondi conta que um individuo com uma ferida no ventriculo esquerdo fez a pé um trajecto de 6 kilom. para chegar ao Hospital onde comeu, conversou, dormio e foi encontrado morto no dia seguinte.

Kiankoff narra que um ferido considerado curado na 4.^a semana sahe do Hospital, morrendo repentinamente 5 dias depois ao fazer um esforço. Peck cita uma senhora que com 7 golpes de punhal no peito, dos quaes 3 perforantes do coração, consegue andar, falar, fallecendo $\frac{1}{2}$ hora depois.

No caso de Brouardel, o estoque penetrando pelo abdomen e lesando o figado, diaphragma e o coração na parede ventricular esquerda e na mitral, o paciente sobrevive 8 dias, sem que se suspeitasse da lesão, apesar do exame pericial.

No de Cappelen, o ferido é encontrado morto no leito, em seu domicilio, 1 hora depois do crime. Entre os casos enumerados pelo professor Richter ha um interessantissimo:—Um empregado da estrada de ferro, depois de se ter ferido 2 vezes no coração, tirado a faca da ferida e guardado, estende-se sobre os trilhos ao approximar-se um comboio. Visto a tempo, pára o trem e é o proprio empregado que vem ao encontro dos outros affirmando-lhes nada ter soffrido. Minutos depois cahia morto, revelando a autopsia dupla ferida ventricular esquerda.

O caso pessoal de Malaussena lembra até certo ponto o que narrei:—um moço de 24 annos recebe uma punhalada na região precordial, perfurando o ventriculo esquerdo, morrendo 5 dias depois em seguida

à um esforço, pelo desprendimento do coágulo obturador.

Booth refere que uma mulher embriagada, attingida do ventriculo a auricula direita, com lesão da tricuspide, lucha com o policeman que a conduz ao Hospital, distante 3 kilometros, onde chega e fallece 20 minutos depois do curativo.

Narra Nobiling que um individuo com o coração transversalmente aberto, obliquamente do ventriculo direito ao esquerdo, pensa elle proprio a ferida e vae beber a uma taverna com um companheiro, vindo a morrer no fim de 2 horas com vomitos, cyanose etc.

Zanetti tem um caso de ferimento auricular em que o individuo desce uma escada em perseguição do assassino, sobe-a, morrendo 20 minutos depois. Caso identico refere Lorain.

Na caística de Florença ha o seguinte, citado por Biondi:—um joven ferido a 3 e $\frac{1}{2}$ centim. da ponta do coração, no ventriculo esquerdo, cura-se da ferida externa, fallecendo 37 dias depois no momento em que subia em uma arvore, em virtude de laceração da cicatriz, que a necropsia mostrou existir no coração.

A parte a recisão de um ramo importante das coronarias, a causa da morte nas feridas do coração é a hemorragia por si e por suas consequencias.

Ha quem, como Malaussena e Souligoux, admitta a intervenção da innervação cardiaca intrinseca no mecanismo da morte, enquanto outros negam tal intervenção. A excitação dos ganglios nervosos do coração ou, talvez, a lesão do ponto do systema ventricular, cuja picada cause a morte fulminante, que as experiencias de Kronecker e Gley fazem prever exista

no coração humano dariam conta do mecanismo thanatogenico. Assim explicar-se-ia a morte de La Tour d'Auvergne fulminado pela ponta de uma lança que lhe toca o coração.

O sangue ou se escoo pelo orificio thoracico, ou se accumula no thorax, no pericardio ou na pleura.

E' ao hemopericardio que a maioria dos auctores attribuem papel determinante da morte, pelo *tampamento* do coração, comprimido no sangue que impede as revoluções cardiacas. Esta doutrina defendida por Morgagni e apoiada pelos experimentas de F. Franck, é acceita geralmente.

Biondi, porem, sensatamente que este processo não deve ser tão frequente quanto parece por que attingido o coração com lesão previa das sorosas, nellas ficam orifficios sufficientemente amplos para dar passagem ao sangue, que se espalhará na cavidade thoracica. Os caracteres da hemorrhagia, que pode ser continua ou interrompida, e mais ou menos abundantes tem sido assignalados claramente.

Lebrun verificou a presença de derrame pleural independente de lesão pulmonar, ou arterial (mámaria, intercostaes, etc.)

Na media no pericardio ha de 40 a 700 grammas. Na pleura pode attingir a 250 grammas. O hemothorax é em geral de 2 a 3 litros.

Lebrun associa á hemorrhagia e seus effeitos, a syncope produzida pelo terror da victima no momento do crime. E' o caso de lembrar-se que um doente de Nelaton morreu por ver o assassino.

O processo hemorrhagico pode parar. O abaixamento da pressão sanguinea, que succede a hemorrhagia primitiva, a syncope, no dizer de Jamain, favorecem a

formação do coagulo entre os labios da ferida, e dest'arte realisam a hemostase provisoria e a cicatrisação pode começar. Mas um movimento brusco, um esforço, uma causa qualquer de augmento de pressão sanguinea, um processo infectuoso (que Soullignoux incrimina das mortes frequentes do 5.º ao 8.º dia) destacam o coalho e a hemorrhagia secundaria irrompe produzindo a syncope mortal ou gerando o hemopericardio que afoga o coração.

Na observação, que expuz, provavelmente formado o coagulo em virtude do abaixamento de pressão devido a hemorrhagia primitiva, manteve-se em via de cicatrisação até que um augmento de pressão, pois de um processo infectuoso não ha vestigios, desagregou e a hemorrhagia secundaria trouxe a morte por syncope. Que não houve hemopericardio capaz de impedir as revoluções cardiacas dil-o'a autopsia e o exame clinico.

Outros pontos ainda suscitam complexos problemas como sejam entre outros, a diagnose de homicidios ou suicidio, as condições de intervenção e impericia professional etc. A alguns voltarei com mais vagar.

O. FREIRE.

(1) 4 de Outubro de de 1906.

Errata: A pagina 126 do numero de Setembro (n. 3) onde se lê 7 dias, leia-se 8 dias.
