

Gazeta Medica da Bahia

PUBLICAÇÃO MENSAL

VOL. XLII

DEZEMBRO DE 1909

NUMERO 6

O serviço sanitario dos portos e a febre amarella

(Continuação da pag. 89)

Mais interessados do que os paizes europeus na defeza contra a febre amazella, os americanos, scientes da prova expezimental do modo de transmissão da molestia e de sua propagação epidemica, trataram de zever sua legislação sanitaria, estafuindo a prophylaxia sobre as novas bases, efficazes e scientificas.

Foram os paizes sul-americanos os primeiros que trataram de pôr em pratica a recommendação do Congresso de Paris de 1903, procurando harmonisar sua prophylaxia internacional com os dados actuaes da sciencia, em relação ao modo de transmissão da febre amazella e ao papel do mosquito como vehiculo do germen da molestia.

Em 5 de de Junho de 1904 o Brasil, a Republica Argentina, o Uruguáy e o Paraguay celebraram no Rio de Janeiro uma Convenção sanitaria para firmar as bases de prophylaxia internacional tendentes a evitar a importação e disseminação nos respectivos paizes, da peste levantina, da choleza asiatica e da febre amazella.

A Convenção sul-americana adoptou na prophylaxia maritima da febre amazella as seguintes disposições:

Providencias a tomar no porto contaminado antes da partida

Art. 33. Os navios que tocazem em portos contaminados ou suspeitos deverão tomar as necessarias precauções para evitar sejam invadidos pelos mosquitos de terra.

Art. 34. Os navios que partizem de portos contaminados ou suspeitos como ponto de origem, uma vez terminadas as operações de carga, serão submettidos ao tratamento julgado mais efficaz pela auctoridade sanitaria para extermínio dos mosquitos.

Art. 35. Os Inspectores Sanitarios de Navio deverão assistir ao embarque dos passageiros no porto contaminado, devendo impedir a admissão a bordo das pessoas que apresentam signaes evidentes ou suspeitos de febre amazella.

Providencias a tomar durante a travessia

Art. 36. Durante a travessia o Inspector Sanitario de Navio deverá proceder a uma minuciosa vigilancia sobre a saude dos passageiros e tripolantes; indagar e verificar a existencia de mosquitos, larvas ou nymphas a bordo, lançando mão dos meios necessarios para destruil-os; recolher, emfim todos os elementos de juizo para poder fixar da forma mais precisa possivel o estado sanitario do navio.

Art. 37. Si durante a travessia apparecerem casos suspeitos ou confirmados de febre amazella

o Inspector Sanitario de Navio procederá ao isolamento d'elles por meio de mosquiteiros adequados, evitando de todos os modos que os doentes sejam picados por mosquitos, sem prejuizo de outras medidas prophylaticas que entender opportuno executar.

Medidas a tomar no porto do destino

Art. 38. No porto de destino, os navios procedentes de portos contaminados ou suspeitos de febre amarella soffrerão o seguinte tratamento:

A) Os navios indemnes que, no porto contaminado tiverem tomado as precauções indicadas no art. 33 ou soffrido o tratamento constante do art. 34, serão recebidos em livre pratica, devendo os passageiros e tripolantes ser submittidos á vigilancia sanitaria, que não poderá exceder de seis dias, contados no ultimo porto ou contacto contaminado. As roupas e objectos de uso pessoal dos passageiros poderão ser submittidos a medidas prophylaticas especiaes, a juizo da auctoridade sanitaria.

B) Os navios indemnes, que não tiverem tomado as precauções indicadas, no art. 33 ou soffrido o tratamento prescripto no art. 34, serão igualmente recebidos em livre pratica, observando-se todas as prescripções do paragrapho antecedente, procedendo-se antes da descarga ao exterminio dos mosquitos que possam conter.

Art. 39. Os navios infectados serão submittido ás seguintes prescripções:

A) Os doentes serão desembarcados em conducção a prova de mosquitos e convenientemente isolados;

b) Os demais passageiros desembarcarão ficando submettidos á vigilancia sanitaria, que não excederá de seis dias, contados do momento de desembarque.

c) Depois do desembarque dos passageiros proceder-se-ha ao extermínio dos mosquitos, larvas e nymphas, a bordo, podendo, a juizo da auctoridade sanitaria, ser executadas medidas prophylaticas com zelação ás roupas e objectos de uso pessoal dos passageiros.

Art. 40. A carga, qualquer que seja sua natureza e classificação sanitaria do navio que a trouxer, será recebida sem restricção alguma.»

Foi o convenio sul-americano o primeiro tratado internacional que, firmado na doutrina americana da etiologia da febre amarella, demonstrada experimentalmente em Cuba e comprovada pelas experiencias de S. Paulo e do Rio de Janeiro procurou estabelecer a prophylaxia maritima do typho ictericoide cogitando na pratica de medidas que tendam a evitar a propagação da molestia, impedindo o *Stegomyia fasciata* de picar o amazillico e de transportar o sangue virulento para o homem são.

Os termos vagos dos arts. 33 e 34 deixam porém muito a desejar quanto ao vigor e precisão das medidas necessarias para uma prophylaxia efficaz, e o regulamento do serviço sanitario dos portos maritimos e fluviaes do Brazil, cuja promulgação em 8 de Março de 1904 precedeu poucos mezes ao citado convenio, é deficiente como vemos, no referente á classificação sanitaria dos navios e incongruente com as noções scientificas modernas na execução da prophylaxia.

laxia marítima em relação ao tratamento dos navios infectados e suspeitos.

Os países norte-americanos procuraram também organizar sua defesa sanitária de accordo com as ideias correntes sobre a prophylaxia da febre amarella.

O Congresso de Washington de 1905 approvou as seguintes medidas:

I. Os navios *infectados* de febre amarella são submettidos ás seguintes providencias:

1.^a Visita medica.

2.^a Desembarque dos doentes; sua protecção contra as picadas dos mosquitos e transferencia para um local de isolamento cuidadosamente defendido por meio de rede.

3.^a Os restantes passageiros desembarcam também se fôr possível, sendo submettidos a uma observação de seis dias a datar do dia da chegada.

4.^a Qualquer individuo que apresentar uma temperatura superior a $37^{\circ},6$ será isolado n'um local com rede.

5.^a O navio deve fundear a uma distancia não inferior a 200 m. de qualquer habitação.

6.^a O navio será fumigado tanto quanto possível antes de descarregado. No caso de se não poder tomar esta providencia:

A) A descarga faz-se-ha com operazios immunizados.

B) No caso da descarga ser feita por individuos não immunizados, serão postos em observação durante seis dias a datar do ultimo dia da estada a bordo.

II. Os navios *suspeitos* de febre amazella serão submettidos ás providencias 1, 3 e 5 do art. precedente. Se não forem fumigados, o seu descarregamento effectuar-se-ha com as precauções indicadas em *a* e *b* do parographo 6 do referido artigo.

III. Os navios *indemnes* da febre amazella provenientes de um ponto infectado serão admitidos com livre pratica depois de visita medica se a duração da sua travessia exceder seis dias.

Se a viagem fôr mais curta o navio considerat-se-ha como *suspeito* até completar o periodo de seis dias a datar da partida.

No caso da febre amazella se declarar durante este periodo de observação considerat-se-á o navio como *infectado*.

IV. Todo individuo que puder provar a sua immuniidade para a febre amazella será auctorisado a desembarcar immediatamente.»

As providencias de prophylaxia maritima contra a febre amazella, prescriptas pelo convenio norte americano de Washington são, como as do convenio sul americano do Rio de Janeiro insufficientes e inefficazes para impedir o transporte pelos navios e a importação da molestia pelo seu vehiculo animado, o mosquito.

Os factos novos de reimportação da febre amazella em Havana e Nova Orleans, identicos aos que se repetem nos portos do Brasil pela possibilidade de serem transportados os *stegomyias* infectados em navios considerados indemnes, emboza procedentes de portos infectados, onde não foram sujeitos á *demosquitação*, segundo a expressão já empregada por alguns hygienistas, mostram que as medidas de pro-

phylaxia maritima actualmente empregadas contra a febre amazella não offerecem sufficiente garantia contra a invasão e propagação da molestia.

O Prof. Agramonte no relatório apresentado ao Congresso de Hygiene de Berlim, depois de passar em revista a campanha dirigida contra a febre amazella em Cuba, no Brazil, no Mexico e nos Estados Unidos, insiste na adopção geral, por parte dos paizes interessados, das medidas preventivas, demonstradas melhores, mais praticas e efficazes para o exito desta campanha.

Lamenta que em muitas das republicas americanas ella se ache ainda *na infancia*. «Sem duvida as condições politicas que dominam na maioria dos paizes hispano-americanos, o espirito irrequieto da revolução e a má administração publica são factores que largamente concorrem para manter focos de febre amazella em Columbia, Equador, Venezuela, America Central, etc.»

«Alguns destes paizes com seus representantes, concorreram á Convenção Sanitaria Internacional de Washington em 1905, mas têm deixado de cumprir as clausulas de muitos artigos que approvaram.

«E' difficil predizer até quando continuará este estado de indifferença ou desprezo, mas não obstante é nosso dever reclamar pelo constante labor e exemplo a adhesão aos preceitos que habilitarão a humanidade a expurgar-se da «peste americana.»

Julga de toda conveniencia uma conferencia internacional para a revisão das leis sanitarias

e para fixar as melhores medidas de prophylaxia interna em cada paiz.

Nesta conferencia deveriam representar-se não só os governos americanos, mas todas as nações europeas que possuam colonias na zona tropical ou nas quaes exista o *stegomyia*.

Entre as medidas de prophylaxia maritima que convizia adoptar, o Prof. Agzamonte salienta as seguintes:

— Impedir a approximação dos navios infectados a menos de 200 metros de terra, devendo os navios que tenham individuos não immunes guardar a mesma distancia das localidades em que existiz a infecção.

(Todos os navios procedentes de portos infectados devem ser considerados infectados, a menos que positivamente provem que enquanto nos ditos portos permaneceram a duzentos metros de distancia de terra e não tiveram comunicação com a mesma.

Convem lembrar que os botes, rebocadores e barcos podem transportar de terra mosquitos infectados e leval-os aos navios a cujos lados passam nos portos infectados. E' muito provavel que a infecção de Havana em 1905 tenha tido logar por este modo, de vapores procedentes de Nova Orleans aos quaes se encostavam os botes e rebocadores de Havana, enquanto ancorados no porto.

A primeira parte injectada na cidade foi a secção maritima fronteiza ao ancoradouro.)

Sujeitar a uma quarentena de 5 dias, a contar do da chegada, todos os individuos não immunes vindos de um navio infectado.

(Para este fim devem preparar-se alojamentos especiaes de preferencia fóra da cidade.

Os edificios convenientemente protegidos por telas de azame (18 malhas por pollegada) e a temperatura dos mozadores tomada diariamente pela manhã e á noite. Apparecendo um caso de febre amazella, remover o doente para o hospital de isolamento e proceder immediatamente a fumegação de todo o edificio.

— Considerar suspeito de febre amazella qualquer caso febril em pessoa não immune, vinda de porto infectado.

(Qualquer não immune que apresentar a temperatura de 37,6 seja immediatamente removido para o hospital de isolamento, protegido contra os mosquitos em todo o transporte desde o navio ou estação quarentenaria até o hospital.

— Somente individuos immunes devem assistir á carga e descarga de navios infectados.

(Pode-se conseguir isto exigindo de todos os individuos engajados para o serviço de carga e descarga dos navios um certificado ou licença do Officio Sanitario que julgará da immidade pela natividade ou por ataque previo de febre amazella.)

— Fumegar todos os navios que saiam de portos ou localidades infectados.

(Deste modo é possível destruir os mosquitos infectados que por qualquer meio tenham alcançado os navios).

— Impedir o desembarque nos portos infectados dos tripolantes não immunes.

(O melhor meio é prohibir o desembarque de

toda a tripolação pois é difficil determinar com algum grão de certeza, na classe de gente de que ordinariamente se compõe a tripolação, quem é e quem não é immune.

P. P.

Diagnosticos da Peste (*)

PELO DR. EUTYCHIO LEAL

Dentre os variados e interessantes capitulos da pathologia tropical resalta por sua importancia, reclamando a attenção dos sabios e o estudo meticoloso dos observadores, o da peste, que, embora possuindo já uma litteratura bem desenvolvida, apresenta no evolver de cada epidemia um certo numero de factos novos ou ainda pouco estudados, dignos entretanto da mais judiciosa analyse, do mais criterioso exame.

Desde tempos remotos a peste é conhecida, mas o periodo augeo do desenvolvimento de seu estudo começou no anno de 1894, quando o sabio francez Yersin, fez ruiz as doutzinas antigas, annunciando ao mundo scientifico a sua memoravel descoberta.

Desde esse tempo um grande numero de especialistas se tem occupado do assumpto que tem servido de objecto de um cem numero de descrições e de observações successivas.

Seria difficilimo se não impossivel encontrar

(*) É este o primeiro capitulo da Thèse apresentada á Faculdade da Bahia, e approvada com distincção, pelo Dr. Eutychio Leal, ex interno do hospital de isolamento de pestosos.

duas descripções inteiramente eguaes, como se a peste fosse um novo Protheu que tivesse um aspecto para cada observador.

Com effeito, phenomenos que fazem parte integrante da maioria das descripções, deixam de ser assignalados, pelo menos com o seu valor zeal, em umas, assim como em outras são registados factos novos, de todo extranhos.

E' que a peste, diz o Dr. Gonçalo Muniz, «sob a identidade de sua natureza ou entidade nosographica, costuma variar grandemente nas modalidades accidentaes, na feição clinica, no proceder epidemico, não só de quadra em quadra na mesma região, mas tambem de uma a outra localidade. Raramente em outras epidemias diz o Dr. Polvezini, se nota, como na peste, essa accentuada tendencia a variar de typo. Não só ha em determinado periodo de tempo preponderancia de uma fôrma sobre a outra, se não tambem ha periodos em que se observa em predomínio certas complicações, que depois desaparecem para dar logar a novas.»

Ahi está uma verdade confirmada pela observação de todas as epidemias.

Umas destas particularidades é assignalada pelo Dr. Joaquim Ribeiro de Almeida, quando diz: «ao contrario do que se observa nas epidemias do Rio de Janeiro predominou em Campos a peste pulmonar. E «os phenomenos nervosos tão commumente observados nesta fôrma clinica aqui, foram notaveis pela sua ausencia».

Entre nós a fôrma pulmonar foi rara.

Na primeira epidemia apenas observou-se tres casos de peste pneumonica, sendo um de fôrma primitiva e dois secundarios.

Registou-se tambem dois casos de septicemia sem bubões.

No segundo periodo epidemico da peste, predominou a fórma bubonica. Apenas uma doente apresentou a variedade cutanea do mal—peste de São Roque, sem bubão ou engorgitamento ganglionar perceptivel á vista ou á palpação, a qual falleceu.

Não se verificou tambem caso de fórma inicialmente pneumonica ou septicemica.

A despeito de terem sido pouco numerosos os casos de peste as differenças de procedez epidemico são bem apreciaveis, de um a outro periodo.

No primeizo, as manifestações nervosas, a excitação, o delirio, etc., foram mais frequentes e mais accentuados que no segundo. Neste predominou numa parte dos casos a ataxia, noutra a tachypnéa.

Frizando estas dubiedades do caracter da peste nas manifestações epidemicas está a tachypnéa que no Rio de Janeiro como em todos os outros logares tem passado despercebida, a ponto de se lhe não fazer a mais ligeira referencia, ao passo que entre nós, pela sua constancia pelo seu alto valor clinico é dos mais caracteristicos elementos da diagnose e o nosso mais certo guia prognostico.

Em quasi todas as epidemias as localizações auxiliazes têm sido apontadas entre as mais graves.

Aqui porém, ao contrario do que affirma a maioria dos loimographos, faltou a estes bubões a gravidade mencionada.

Innumeros outros factos têm sido destacados aqui e alli, e elles são hoje bastante numerosos para que não tenhamos necessidade de insistir sobre este assumpto.

Basta assignalar que este caracter influe difficultando o diagnostico.

Affastando inteiramente de nós a actualidade epidemica e tratando-se de reconhecer uma molestia suspeita numa cidade ainda incolume á nefasta visita, é que as difficuldades crescem de numero e se multiplicam os erros de diagnostico.

Antigamente, a frequencia desses erros dependia da ignorancia dos medicos, alguns dos mais eminentes, quer pelo facto de não terem tido opporrtunidade de observar casos da molestia, quer pelos livros não se occuparem do assumpto.

Depois do reaparecimento do mal e da grande luz que sobre elle têm derramado illustres logographos, esta causa cedeu logar a outras.

O pensamento da grande responsabilidade do medico em emittir seu juizo sobre a natureza da molestia a pesquisar, fal-o ordinariamente tímido, attenta a importancia das medidas que decorrerão do seu veredictum. Com effeito todas as questões que jogam com a saúde publica e despertam grande interesse social e scientifico, devem ser tratadas com o maior discernimento e ao mesmo tempo com a maior segurança, em virtude das grandes medidas de prophylaxia e ataque ao mal, taes como, quarentenas, desinfecções rigorozas, cordões sanitarios. etc.

As transacções commerciaes resentem-se fundamentalmente em seu movimento que diminue e chega

a se paralyzar muita vez, com prejuizos incalculaveis para as casas que giram com grandes capitães, seja pelo fechamento destas, seja pela difficuldade de relações com os negociantes do centro e do reconvexo, amedrontados pelo mal.

Pensando em toda essa desordem que causará a sua affirmativa, possuido de toda a gravidade da situação e sentindo o peso de taes responsabilidades, o medico mais competente e mais illustre hesita mil vezes, para só emittir o seu veredictum depois de mil e uma provas confirmadoras.

Mais evidentes e positivas, mais exactas e justas as razões que se tenha para asseverar a invasão de uma cidade por uma molestia epidemica, contagiosa e gravissima como a peste, ha sempre um grande medo de proclamar a verdade.

O annunciar de uma epidemia inspita ao povo um panico de tal ordem que elle se levanta, se revolta contra os oraculos da verdade em particular contra o corpo medico.

A molestia ganha terreno, a epidemia se alastra invadindo novas casas, novas ruas, novos districtos; o numero de doentes se multiplica dia a dia; o obituatio cresce e se avoluma assustadoramente; o povo observa e vê tudo isso, mas por uma repugnancia instinctiva continúa a descreer.

O factor que augmenta essa descreença, a causa que fomenta essa desordem é, hoje como em todos os tempos o charlatão ignorante e insensato, pressuzoro em fruir grandes lucros explorando ignobilmente a boa fé e a ingenuidade do povo.

A' proposito da celeuma, da intolezancia e da reacção da parte do povo para com os medicos que notificam os casos iniciaes de uma epidemia, escrevem Vicente e Sorzentino: Em 1630, em Verona, o medico Francisco Graziolo e o cirurgião Camillo Giordani tendo assignalado a presença da peste, foram linchados pelo povo.

Em Napoles, em 1656, o medico Bozzuto que affirmáza com coragem a verdade foi encarcerado por ordem do vice-rei, e no carcere elle mesmo foi atacado de peste, obtendo como graça iz morrer na propria casa.

Papon conta que em Marselha, em 1620, o povo insultava os medicos publicamente nas ruas, accusando-os de engrandecer o perigo para se tornarem necessarios e para enriquecerem.

Em Messina, 1743 (20 de Março), o povo se reunia na egreja para cantar um Te-Deum em acção de graças pelo desapparecimento da epidemia, quando um medico entrou na egreja e communicou que a molestia ahi estava para retomar o primitivo vigor. Embóra estivesse a proclamar uma verdade o povo o tezia linchado se elle não fugisse. Em Mosca, em 1771, Ortaeus foi tratado como falsario porque affirmou que a epidemia reinante era effectivamente a peste.

Em Tunis, o medico do Hospital annunciou o apparecimento da peste, embora outros medicos fossem de opinião contraria. O Bey parti'hou da opinião destes e fez transferir o medico para a sala da Justiça onde lhe fez censuras violentissimas e o ameaçou de morte de que fugio por intermedio de um honesto personagem da côrte que conseguiu commutar a pena para prisão e castigos physicos.

Isto é um facto que se tem reproduzido em todas as eras, em todos os logares, na Euzopa como na Africa, na Asia como na America, no Rio de Janeiro como na Bahia. (1)

Entre nós, desde 1904, temos tido ensejo de observar tudo isso.

Ainda devem estar gravadas á memoria de todos as scenas do pugilato provocadas pela classe inferior quando se procedia á remoção de pestosos.

Os medicos encarregados da verificação dos casos suspeitos bem sabem das descortezias e das indelicadezas recebidas, quando numa casa se annunciavam como prepostos da Hygiene.

Em face de ameaças e aggressões as autoridades sanitarias muitas vezes requisitaram a intervenção da força publica para o cumprimento do seu dever, embaraçado pela má vontade e pelo desfôzo de muitos.

Os clinicos por sua vez, em face de uma enfermidade extranha ao nosso quadro nosologico, sentiam-se medzosos de requerez uma

(1) Um exemplo muito recente das injustiças e arbitrariedades que soffrem os medicos no apparecimento de uma epidemia occorreu em Venezuela no anno de 1908. Os primeiros casos de peste que appareceram em Guayra, porto principal da Venezuela, a 28 kilometros de Caracas foram denominados de *febre mysteriosa*, e um jovem medico, Dr. Gomez Peraza, que teve a coragem de declarar que tratava se de peste bubonica foi accusado de querer arruinar o Commercio de Venezuela por um diagnostico falso e foi preso por ordem do Presidente General Cipriano Castro.

verificação bacteriológica, como se della o resultado negativo viesse depol-os do conceito publico. Desta sorte elles se reservavam para emittir o seu juizo dezzadeizo, no fim de alguns dias, formulando um diagnostico por exclusão, em detzimento do paciente que dia a dia se abatia mais pelo progresso da toxi-infecção, tornando-se incapaz de logzar os beneficios da scto-thezapia especifica.

Ainda estes disvirtuavam a verdadeiza conducta, por um excesso de zelo, mal comprehendido aqui, á sua reputação e ao seu nome. Outzros ha, peza dizel-o, mas toda verdade deve ser ennuuciada, com o respeito ás conveniencias, que, por ignorancia, senão por perversidade, durante muito tempo affirmaram a inexistencia da peste entre nós, persuadidos que a campanha movida contra o mal levantino era uma facça, uma patóta (é o termo), organizada para enriquecer um certo numero de medicos. Conheceremos um, cuja malvadez era tão requintada que furtava ás vistas da hygiene os seus doentes suspeitos, notificando outzros sobre cuja natureza ninguem tezia a mais ligeira duvida ou suspeita.

A classe inferior que geralmente não consentia senão á força na zemoção e isolamento de uma pessôa de sua familia, preferia nos casos duvidosos um dos incredulos, porque este no seu silencio criminoso facilitava menos a fuga que a permanencia na habitação.

Se o caso era benigno, uma dessas formas lazvadas ou attenuadas, facilmente curaveis pela thezapeutica symptomatica, physiologica ou racional, tudo passava despezcebido. Nas fórmas

mais graves a morte era sempre o resultado, e só então requeriam a verificação. Num e noutro caso o medico deixava a familia exposta ás mais directas condicções de contagio. E, não é difficil julgar das consequencias desastzadas e funestas que derivam do capricho da ignorancia perversa ou criminosa.

Hoje, porém, que a frequencia da peste entre nós tornou obrigatorio o seu estudo, a classe dos incredulos, parece, está extincta.

Outro facto para o qual chamamos a attenção por sua importancia como auxiliar da diagnose é o do interzogatorio.

Quando um medico é chamado para verificar um doente ou um cadavez suspeito deve se prevenir contra a possibilidade de um grande erro, se se deixar levar pelas informações ministradas pelos parentes ou amigos. Estes porzmenores são o mais das vezes dados de má fé, cercados de subterfugios e cheios de astuciosa explicações. Schraud conta que na peste de Altwkovar a morte da primeira doente foi attribuida a uma mordedura de cobra e a da segunda á pancada recebidas do marido.

Quando servimos como auxiliar da Commissão Especial de Hygiene delegada pelo Govezno para debellar uma pequena epidemia de peste na vizinha cidade de Maragogipe, em 1907, tivemos opportunidade de apreciar de perto este facto. Tendo ido verificar um doente suspeito, em substituição ao Dr. Agrippino Barbosa que tinha então um ligeiro encommodo de saúde, a pessoa que me recebeu, appresou-se logo em me declarar que se tratava simplesmente de uma adenite venezea. Sem dar a menor importancia

á insinuação que me fôza feita, procurei ver o doente que era um preto, moço, roceiro. Encontrei-o deitado, sem febre, sem tachycardia, não accusando a menor perturbação do estado geral, tendo apenas na dobra da vizilha um ganglio ligeiramente enfiado.

A existencia de tres ou quatro cancro molles, em differentes pontos do prepucio, parecia explicar a suspeita. Um outro caso por mim visto, foi o de uma mulher que apresentava reacção thermica de 37, 6, sem signaes geraes de infecção, com engorgitamento dos ganglios axillares direito e esquerdo, tendo porém os espaços interdigitaes, o punho e a dobra dos cotovellos, feridos e cavados de sarna.

Para evitar erros possiveis, desta natureza sirva de regra suspeitar do doente e das informações.

Uma outra cousa que influe grandemente no desvio de um juizo exacto reside no apparecimento tardio dos symptomas pathognomonicos que caracterizam a peste. Seria difficillimo e perigoso para o medico capitular como pestoso um individuo que adoeceu bruscamente, no qual se observa a phenomenologia de uma molestia infecciosa aguda, sem um só traço de especificidade etiologica. Só mais tarde, com a appareção de signaes mais positivos poder-se ha firmar o diagnostico. Outras vezes, a morte é o epilogo de um quadro morbido cuja natureza passa ignorada.

Pode tambem originar outro erro a semelhança dos symptomas da peste com os de outras molestias, como acontece com a pneumonia pestosa primitiva e a pneumonia lobar ou broncho-pneu-

monia, como entre o exanthema variolico e o exanthema da forma cutanea da peste, como entre a septicemia e as formas graves do impaludismo, etc.

Entre outros autores, Frank cita molestias cujos symptomas se podem confundir com os da peste, como as febres perniciosas, as febres continuas, as febres inflammatorias, a febre typhoide, a parotidite, a dysenteria, a escrophula, a syphilis, etc. E Scheider admittia uma affinidade tão intima entre a peste e a syphilis que dava a esta o nome de peste de marcha lenta e áquella o nome de syphilis de marcha rapida.

Ha, com effeito, numerosos traços de semelhança entre as formas clinicas da peste e outras molestias, de sorte que a confusão entre ellas é tanto mais possivel quanto mais se affasta de nós a condição da actualidade epidemica.

Ainda uma outra hypothese, emboza menos frequente que as outras, póde illudir o espirito do clinico: é a concomitancia da peste e de uma das molestias de symptomatologia parecida.

De facto, a peste póde accometter um individuo e não se deixar conhecer senão difficilmente, depois de dous ou mais dias, quando o medico é advertido da desharmonia entre os signaes observados e a adynamia e a prostração do paciente.

E' o caso de se estar prevenido com as pessoas que costumam ser atacadas de erysipela, ou com os portadores de engorgitamentos ganglionares mesmo que estas manifestações pareçam um reflexo sobre o apparatus lymphatico de um ferimento qualquer.

Num desses individuos, os symptomas podem correr por conta de um mal antigo e conhecido, ou de um accidente em que manifestações desta ordem sejam communs, de sorte que, só muito tarde, pela gravidade da feição clinica de que se reveste o caso, ou pelo auxilio de um interrogatorio e de um exame mais attenciosos, pelo factor da actualidade epidemica, etc., se vem adquirir o conhecimento do verdadeiro mal.

Ninguem seria capaz de, á primeira vista, tomar como pestosa a adenite de um homem que tem cancro venereo, mesmo que este accuse uma reacção febril mais ou menos elevada; mas ninguem deixal-a-ia tambem passar despercebida se se observasse outros symptomas que não lhe são proprios como tachycardia, tachypnéa, etc.

Vem a proposito mencionar a observação da doente n. 167, tomada por nós, quando interno do Hospital de Isolamento em Mont-Sezart. Aos 6 dias de Novembro do anno proximo passado recolheu-se aquelle nosocomio a doente E. F., mestiça, 30 annos de idade, solteira, natural da Bahia e residente á rua da Independencia. Interrogada sobre a origem de sua molestia disse que lhe apparecera sobre a face dorsal do grosso artelho do pé direito uma pequena vesicula, de côr amarelada, semelhando uma espinha, a qual se quebrara pelo attrito continuado da sandalia.

Fôza isso havia quatro dias, no fim dos quaes o pé se mostrou avermelhado, quente, um pouco edemaciado, signaes que attingiam a perna acompanhando a direcção dos vasos lymphaticos. Teve então febre, insomnia, perda de appetite, cephaléa, calefrios, mal estar geral e

dôres vagas pelo corpo, mais intensas porém na face-interna da côxa correspondente á ferida, onde se podia apreciar um empastamento vermelho e muito doloroso. A par disso se observava tachycardia, accleração dos movimentos respiratorios, nenhuma perturbação do apparelho gastzo-intestinal, integridade da intelligencia e ligeira congestão dos olhos.

Ahi estava esboçado um quadro pathologico, sem cunho de especificidade, tão applicavel a erysipela como a lymphangite, particularmente a esta pela existencia de uma cadeia lymphatica intermediaria entre a solução de continuidade do pé e o empastamento ganglionar da côxa.

Com esses simples dados ter-se-hia firmado o diagnostico de lymphangite.

Entretanto, um interrogatorio minucioso rebuscando nos commemorativos a noticia de uma grande mortalidade de ratos, e a preexistencia de um caso de peste, confirmado, a par de signaes suspeitos de uma infecção geral, modifica totalmente a opinião anterior e fala bem alto em favor do diagnostico da peste bubonica. E todas as duvidas desappareciam, como aconteceu neste caso, uma vez que o exame microscopico revelasse a presença do agente etiologico. Nesta doente a bolha do grosso artelho foi provavelmente a phlyctena inicial, a porta de entrada da infecção, assim como a adenite, manifestação especifica do mal, tendo uma e outra fornecido material sobre o qual foi verificada a existencia de numerosos cocco-bacillos de Yersin.

Como se vê, é do mais alto interesse clinico ter presentes ao espirito todas estas particularidades, todos estes pormenozes, para que em

um dado momento possa o medico discernir phenomenos tão bem mascarados e que poderiam arrastar a um erro fatal.

Na epidemia de Bombay, Childe observou um grande numero de casos de pneumonia e de septicemia, de um caracter grave, fazendo muitas victimas, a despeito do mais criterioso tratamento. Nessa occasião porém, a primeira destas molestias atacava bruscamente homens e mulheres de todas as edades com signaes de uma infecção gravissima, adynamia, profunda, emagrecimento rapido, coma, se terminando pela morte em 24 ou 48 horas. A outra em igual espaço de tempo, fazia tambem numerosas victimas, sem que se pudesse atinar com a causa de tão mortal enfermidade. Não era possível suspeitar de peste á falta de signaes caracteristicos.

O bubão, que é o mais das vezes o symptoma pathognomonic, não existia, pelo menos no exterior.

De sorte que, por causa da ausencia desses signaes, as formas insidiosas da peste pulmonar e septicemica, desfazcada e sorrateiramente fizeram por largo tempo centenas e centenas de mortes. A medida, porém, que a cifra obituaria crescia, as suspeitas vingaram no espirito dos observadores, que, impressionados, se deram ao estudo de taes enfermidades, podendo mais tarde attribuil-as a manifestações clinicas do mal levantino. Desta vez coube ao estudo anatomopathologico a resolução da incognita evidenciada pela analogia das lesões constatadas na viscerza pulmonar, systema lymphatico e na via sanguinea.

E' bôa nozma de conducta para uma autoridade sanitaria se impressionar e suspeitar de toda morte repentina, principalmente se esses casos se multiplicam na mesma cidade, nos mesmos districtos, nas mesmas ruas, etc.

Os cadavezos desses individuos deverão ser submittidos ao mais cuidadoso exame, e as provas bacterioscópicas seguidas attentiosamente até o resultado do cyclo pastoziano.

Esta vigilancia que se applica aos homens deve de egual modo ser applicada aos animaes, principalmente aos zatos, cuja epizootia tem muitas vezes a significação de uma epidemia de peste, proxima.

Sezia de um grande resultado, relativamente a efficacia das medidas sanitarias preventivas e aos meios de ataque, o conhecimento de um mal que, tendo apenas attingido os zoedozes, contitue uma pesada ameaça aos homens.

Mesmo em relação ao diagnostico a necropsia de um desses animaes pode conter uma preciosa fonte de ensinamentos.

Ainda ha pouco tempo, no começo do anno cadente, tivemos a opportunidade de sentir a necessidade e a importancia de um tal exame.

Adoeceza de molestia muito suspeita uma senhoza de nossa particular estima, cuja enfermidade acompanhamos pazi passu, até o desenlace fatal.

Deitara-se bem disposta, e, ao despertar do dia immediato, sentiu tontuza, calefcios, febre que augmentou progressivamente, mal estar indefinivel, sem localisações dolorosas. Immediatamente tomou um purgativo de maná e senne,

e á tarde desse dia, quando a vimos já se tinha produzido effeito por dejecções abundantes e muito biliosas. Não se percebia no globo ocular o menor traço de ictericia; apenas uma ligeira dilatação das pupilas. Baço e fígado normaes.

A palpação revelou um ponto doloroso na fossa iliaca esquerda, talvez devido a um soffrimento do ovário dependente do ultimo parto que fôra havia dous annos. Lingua pouco sabuzza; não vomitava. As urinas cheias de deposito não continham albumina. Qual o diagnostico? Em presença desse complexo pathologico peculiar ás molestias infecciosas, urge assignalar o logár que lhe cabe no quadro nosologico. Esperar, acompanhar a evolução, seguir os detalhes da phenomenologia até o apparecimento de signaes mais positivos é a norma geralmente seguida nos casos de duvida de diagnostico. Mas se esta demora é sem importancia para um certo numero de molestias, não acontece o mesmo com a peste cujo tratamento depende principalmente da precocidade do diagnostico.

No dia seguinte, porém, uma circumstancia se apresenta despertando serias suspeitas — o apparecimento de um rato morto. O interrogatorio permittio saber do movimento desusado desses animaes em dias anteriores. Só restava uma prova microscopica do ganglio cruzal, vermelho e empastado, surgido nesse dia, prova difficil pela situação profunda do ganglio, pelo edema periganglionar e pelo grande desenvolvimento do tecido celluloso gorduroso subcutaneo.

De sorte que sendo difficil a punção, poder-se-ia colher elementos para um diagnostico

comparativo no proprio rato. No caso presente, com effeito, a necropsia do animal testemunhando as lesões especificas da peste justificava as duvidas de um caso clinicamente tão suspeito. Mas esse exame que foi lembrado por nós, não se fez, por opposição do medico assistente. Invocou se então em conferencia a reconhecida autoridade de um especialista que, julgando o caso bastante positivo, dispensou-se de provas microscopicas e aconselhou a sequestração e o tratamento especifico. Mais tarde com o evoluir da molestia, esse diagnostico foi confirmado pela presença do cocco bacillo pestoso que se achava em cultura pura na serosidade das vesiculas que irromperam na superficie do tegumento cutaneo.

A grande distancia era considerada antigamente como uma poderosa e invencivel barreira de defeza contra a peste. Não se conhecendo bem a natureza da peste, o seu modo de transmissão, etc., não se comprehendia que ella pudesse se transportar de um paiz a outro, a uma immensidade de leguas de mar ou de terra. Assim o apparecimento do mal, pela primeira vez, em uma cidade até então poupada á sua devastadora visita, permanecia longo tempo desconhecida. Agora mesmo é difficil, impossivel muitas vezes dizer e explicar como a peste foi importada e qual foi o seu caso inicial.

Hoje a condicção da distancia perdeu muito do seu valor primitivo e podemos dizer que os focos de infecção estão sempre perto de nós, attentas as estreitas relações commerciaes e a facilidade e a rapidez das vias de communicacção.—Preevalecia no espirito dos antigos a crença de que a peste não assolava uma cidade ao

mesmo tempo que a vaziola, a febre amazella, etc., uma desaparecia para dar lugar a outra.

Entre nós porém, a observação tem provado o contrario. Quando se deitam o anno passado os primeiros casos de febre amazella, havia no hospital do Isolamento nove doentes de peste e mais de sessenta de vaziola. Esta que é endêmica entre nós nunca deixou de se manifestar pelo apparecimento de outra. De Outubro de 1908 á Março de 1909 o Isolamento recebeu doentes de peste, vaziola e febre amazella. Convem notar que dizimava na mesma occasião, epidemicamente, a dysenteria.

Dahi se infere a inverdade da crença dogmatica imperante nos tempos antigos.

Tratamento dos carcinomas do utero

Pelo

PROF. DR. A. RODRIGUES LIMA

(Conclusão)

(ESTATISTICA)

Na transição que se tem effectuado da hysterectomia vaginal para o methodo abdominal, a operabilidade tem augmentado progressivamente. Segundo Kuestner os casos operaveis de 1895 a 1902 se elevaram de 34 % a 42 % na hysterectomia vaginal e a 68 % com o methodo abdominal.

Wertheim fez elevar os casos operaveis de 29 % a 48 %.

Publica Doederlein em 1907 a estatistica global de 20 operadores que empregam o methodo abdominal.

Em 1009 intervenções morzeram 157, o que deu a mortalidade de 15,5 %.

Esta mortalidade foi posteriormente attenuada e as novas estatisticas são mais animadoras.

Koblanch, em um trabalho publicado na Gynecologia de Veit em 1908, dá as seguintes referencias:

Von Rosthorn em 35 operadas perdeu 2.

Doederlein em 40—2.

Kröenig em 47—2.

Jacobs em 95—6.

Wertheim em 53—3.

Bastian em 28—1.

Veit (ultima statistica) em 20—0.

O que dá a statistica global de 5,4 %.

O resultado primario da operação radical abdominal muito desfavoravel no principio se torna de dia a dia melhorado.

As estatisticas são ainda variaveis, mas é indiscutivel que os casos de cura primaria e definitiva são numerosos.

Kellj em 10 casos teve a cura em todos.

Hofmeier em 14 casos—2 mortes.

Para poder apreciar a evolução que tem tido o methodo apresentamos aqui a seguinte interessante statistica de Wertheim.

Nos 30 primeiros casos operados teve 12 mortes.

Na 2ª serie de 30 casos, 5 mortes.

Na 3ª serie tambem de 30 casos, tres perdas.

Na quarta serie, quatro. No resultado global de 120 operações, 24 insucessos, 20 %.

Depois da publicação desta statistica progres-

sivamente melhorou o resultado de Wertheim em duas novas series, a primeira de 30 casos com duas mortes, e a segunda de 33 casos, tambem com duas mortes, o que dá o coeﬃciente de 7 e 5 %.

Uma das melhores estatisticas conhecidas é a de Kzoenig com 47 operações e duas mortes.

Convém notar que com os progressos da technica as condições de operabilidade se têm accentuado, e cresce, de dia a dia, o numero das doentes submettidas á operação.

Na opinião de Doederlein deve-se calcular a mortalidade actual na operação radical abdominal em 12—15 por cento. Este resultado é mais vantajoso que o da operação vaginal, pois muitos casos foram operados em condições desfavoraveis, sendo a neoplasia já muito extensa.

A estatistica da cura definitiva é mais diﬃcil ser conhecida, pois devemos, de accordo com a maioria dos gynecologistas, aceitar o prazo de cinco annos para que se considere o resultado como positivo.

Para obviar a mortalidade primazia convém attendez as seguintes condições:

- A. Limitar a narcose.
- B. Abreviar o tempo operatorio.
- C. Evitar lesões dos orgãos vizinhos.
- D. Impedir a infecção.

Segundo Scheib as estatisticas actuaes nos casos de cancer de outros orgãos, não são superiores as do utero, quando a intervenção é feita precoce.

No cancer da mamma (tempo de observação—tres annos) 45 %.

Cancer do estomago 18 %.

Cancer do rectum 25 a 30 %.

Winter propõe, como indispensavel para esclarecimento exacto da estatística, as seguintes bases:

1. O numero de doentes operados em comparação aos casos observados, no mesmo espaço de tempo.

«OPERATIONSZIFFER»

2. Numero de mortes na occasião da operação.

«PRIMAERE MORTALITAET»

3. Numero de doentes com recidencia.

4. Doentes considerados curados pela operação.

«DAUERRESULTAT»

5. No numero acima inclui as curas absolutas — espaço de cinco annos.

«ABSOLUTE HEILUNGSAHAL»

Bumm affirma que no momento actual é a mortalidade de 10 a 12 %, incluindo os casos de complicações accidentaes, como sejam pneumonias, embolias, etc., notando-se ainda que as indicações têm sido cada vez mais ampliadas.

Acha este gynecologista que a recidencia é menos frequente na intervenção abdominal que na vaginal.

Em uma comunicação feita recentemente na Sociedade de Gynecologia de Berlim, referiu Mackenzodt que os resultados primarios de operação radical abdominal tem progressivamente melhorado; devido isto a maior cautela nas condições da operabilidade.

A estatística de Mackenzodt é de 10 a 12 %.

Em França o adepto mais decidido, em favor do methodo abdominal, é J. L. Fauze e sua estatística actual é de 12 a 15 % de mortalidade.

Estudando os casos de reincidência notou Winter que esta pode se manifestar na superficie operada, nos ganglios lymphaticos e por metástases—irrupção da neoplasia em outros orgãos por meio dos vasos sanguineos.

Diz Fauze que a mais perfeita das estatísticas é um monumento chaotico de erro e confusão mas é tambem irrecusavel, em nossa opiniao, que outro meio não existe para julgar dos methodos em cirurgia. No estudo que apresentamos sobre a estatística de varios gynecologistas celebres, ha base sufficiente para julgar do methodo radical abdominal, que representa no momento a maior conquista da cirurgia.

Da exposição que acabamos de fazer ha fundamento para as seguintes

CONCLUSÕES

1. A operação de Freund, modificada e aperfeiçoada por Wertheim, deve ser considerada a intervenção typica no cancer uterino.

2. Na operação radical a extirpação dos ganglios regionaes e dos tecidos do parametro, infiltrados pela neoplasia, constitue a maior vantagem do methodo.

3. Os casos desesperados não devem ser operados, mas na duvida é licito a laparotomia exploradora para a verificação da possibilidade operativa.

4. Quando a neoplasia tem invadido extensamente as paredes da bexiga e as extremidades

inferiores dos uterinos, é melhor a abstenção da operação.

Não ha nestes casos probabilidade de cura.

5. A hysterectomia vaginal, é na maioria dos casos, uma operação incompleta. Ficam os ganglios e são mais frequentes as complicações inflammatorias.

6. Fica reservada a intervenção vaginal para certos casos bem diagnosticados de carcinoma limitado ao corpo do utero; no cancer do collo nas mulheres velhas que não possam supportar uma longa intervenção, e tambem nas muito adiposas.

7. Em alguns casos pode ser empregado um methodo mixto — Hysterectomia vagino-abdominal.

Em adiantamento ás considerações sobre o tratamento do cancer uterino, julgamos opportuno dar noticias de duas intervenções que praticamos na maternidade do Rio de Janeiro.

A primeira foi caso typico, do methodo Wertheim Bumm, enquanto que a segunda foi uma operação abdomino-vaginal.

1^a observação—D. L. F., natural de Minas Gezaes, idade 36 annos.

Diagnostico—Epithelioma do collo.

Operação em 20 de Dezembro de 1908.

Antiseptia usual—Retizou-se a gase iodoformada, collocada na vagina. Injecção vaginal com solução de sublimado. Applicação do novo tampão de gase iodoformada. Catheterismo vesical. Narcose chloroformica. Embrocção de tintura de iodo sobre o ventre.

Protecção do campo operatorio com com-

pressas. Posição de Trendelenburg. Incisão longitudinal da parede do ventre, dous cents. acima da symphise pubiana e dous cents. abaixo da cicatriz umbilical.

Utero pouco augmentado de volume, em retroflexão, fixada por adherencias, facilmente foram desfeitas.

Annexos normaes. Ganglio hypogastrico direito muito hypertrophiado. Collocação do afastador de Fritsch. Prehensão do corpo do utero com a pinça de Kuestner. Ligadura dos vasos tubo ovarianos do lado direito, de conformidade com a technica de Wertheim Bumm. Secção do ligamento infundibulo—pelvico até o ligamento redondo. Secção da folha anterior do ligamento largo, ao longo do ligamento redondo. Extirpação do ganglio hypogastrico hypertrophiado e outros ganglios accessiveis. Descobriu-se o uretere deste lado em seu percurso pelviano até a entrada da bexiga. Ligadura da uterina, fóra do ponto de cruzamento com o uretere.

Do lado esquerdo foi executada a mesma technica. Secção dos ligamentos redondos na proximidade da penetração no canal inguinal. Secção do peritoneo na parte anterior do utero. Destacou-se a bexiga do utero até abaixo do collo. Secção do peritoneo visceral posterior, destacou-se do rectum.

Secção dos ligamentos sacro-uterinos—Descolou-se a vagina em certa extensão, ficando o utero fixado apenas á vagina. Foi retirado o tampão que se achava na vagina. Applicação da pinça angular de Wertheim e secção da vagina abaixo da pinça. Pequena perda sanguinea.

Foam unidas por sutura de catgut as folhas do ligamento largo até o orificio da secção da vagina. Sutura do peritoneo posterior com a parede posterior da vagina, do peritoneo anterior com a parede vaginal anterior. Por occasião da sutura houve todo cuidado em evitar os espaços mortos, por meio de pontos de catgut. Sutura das paredes anterior e posterior por pontos separados. Cavidade abdominal fechada em quatro planos. Protecção da linha de sutura pelo methodo habitual, compressa de gaze mantida com collodio. Tampon de gaze iodofornada na vagina. Depois da operação fez-se uma injeção de oleo camphorado e de 500 c. c. de soro artificial.

No dia 29 de Dezembro levanta-se o curativo. São retirados os pontos de sutura. Cicatrizaçào por primeira intensão.

Durante varios dias apresentou a doente algumas perturbacões geraes, que foram facilmente combatidas. Por muitos dias foram feitas injeções vaginaes antisepticas, até que no dia 24 de Janeiro teve alta a doente com a cicatrizaçào da abobada vaginal completa.

2ª OBSERVAÇÃO

L. M. de nacionalidade portugueza, 44 annos de idade. Queixava-se de dozes no ventre, mais intensas do lado esquerdo. Corrimento vaginal amarelado com cheiro caracteristico. Pequenas hemorrhagias. Collo muito augmentado de volume, mais pronunciado na parte anterior, tem o aspecto de um tumor esponjoso como couve-flor, sangrando ao mais leve contacto.

Operação em 10 de Maio 1908. Asepsia da

vulva, vagina, monte de Venus e parede abdominal. Embrocção de tintura de iodo sobre o ventre. Narcoze chloroformica com o apparelho de Tuffiez. Catheterismo vesical. Posição de Trendelenburg. Incisão longitudinal da parede abdominal—dous dedos acima da symphise pubiana até dous dedos abaixo da cicatriz umbilical. Incisão no intersticio dos musculos rectos abdominaes; abertura do peritoneo.

A exploração da cavidade abdominal revelou a existencia de um tumor de conteúdo liquido, do lado dizeito, da dimensão de um ovo de avestruz, que se reconheceu ser um kysto tubo-ovariano. Este tumor mantinha adherencias anormaes com o utero, com as paredes pelvianas e com um segmento intestinal. Os annexos do lado esquerdo estavam tambem augmentados de volume, adherentes entre si e ao utero, que por sua vez estava fixado, por feixes fibrosos, á face anterior do grosso intestino. Ao desfazer as adherencias rompeu-se o kysto e com grande difficuldade se conseguiu libertar o utero e annexos. Em seguida se fez a secção e ligadura dos ligamentos infundibulo-pelvicos e redondo de cada lado:

Incisão e descollamento do peritoneo ao nivel do segmento inferior do utero.

Este descollamento offereceu grande difficuldade, pelo que não foi possível applicação da pinça de Wertheim, e completar a operação radical por via abdominal. Os tecidos de natureza inflammatoria que revestiam os uterinos não permittiam distinguir claramente estes canaes em todo seu trajecto pelviano, até a bexiga.

Por outro lado o collo, de enorme volume, era um obstaculo á technica de Wertheim.

Foi resolvido fazer-se a amputação do corpo do utero, seguida da peptonização de toda a cavidade pelviana e sutura da parede abdominal pela technica usual.

Em seguida poz-se em pratica o complemento da operação por via vaginal. Estando o collo apenas fixado ás inserções vaginaes, lançou-se mão do thermo-cauterio para a secção da mucosa. Afastada a bexiga, como na technica da hysterectomia vaginal, desprendeu-se facilmente o collo carcinomatoso.

Na vagina foi collocado um tampão de gaze iodoformada.

A cicatriz da ferida abdominal fez-se regularmente.

Perturbações gezaes ligeiras se manifestaram no decurso do tratamento.

A ferida vaginal teve um processo de cicatrização lento; houve durante alguns dias corrimento purulento, que cedeu a injecções antisepticas frequentes, realizando-se a cicatrização completa.

A doente teve alta em excellentes condições no dia 14 de Junho.

DR. ANTONIO RODRIGUES LIMA.

DA INTERVENÇÃO CIRURGICA

NO

Tratamento dos aneurismas

A cirurgia das arterias é ainda um vasto campo á explorar e mesmo limitando-o ao estudo therapeutico dos aneurismas o assumpto não pode ser considerado esgotado.

Processos cirurgicos propriamente ditos para tratamento dos aneurismas são: a ligadura, a incisão do sacco, a extirpação.

O primeiro pode ser praticado de dois modos: acima do tumor, methodo de Anel, (1710) e de Hunter (1684) ; abáixo do tumor processo de Brasdor (1798) e de Wardrop (1800). A incisão do sacco, depois da ligadura do vaso acima e abaixo do tumor, methodo de Antyllus (meiados do seculo treze) é o mais antigo processo de tratamento operatorio dos aneurismas.

Completa o grupo o methodo de Purmann (1699) consiste na extirpação completa do sacco aneurismal e que revolveu ao influxo dos trabalhos de Pierre Delbet. O methodo de Antyllus é reservado unicamente aos casos de aneurismas suppurados, de modo que disputam as preferencias—a extirpação do sacco—e a ligadura acima do tumor, pois o methodo de Brasdor e de Wardrop é reservado aos aneurismas dos grossos troncos do pescoço. Mattas, de New-York, extirpou ultimamente o sacco, e suturou o vaso; é sem duvida um processo brilhante, mas que não provou praticamente o seu valor e ao qual poder-se-ia mesmo em theoria apresentar reparos. Mantem-se pois a discussão sobre os meios de tratamento que apontamos no periodo precedente. Não é possivel contestar que nos casos de bom resultado obtido com a extirpação do sacco a cura é radical.

Com effeito, extrahido o tumor supprime-se a compressão que elle exercia sobre os órgãos vizinhos e desaparecem as possibilidades de suppuração.

Mas, admittidas todas as vantagens que o

talento e a competencia do illustre Pierre Delbet descobre na operação que elle defende, não se pode todavia dizer que o problema do tratamento dos aneurismas esteja resolvido. Em primeiro logar as difficuldades operatorias são em geral muito grandes. E' certo que o valor de um methodo therapeutico não se mede pelas difficuldades de sua execução, e sim pela somma de bons resultados que elle produz; mas em cirurgia, como em tudo mais, é preciso pensar nos embaraços a vencer.

E o proprio Delbet despreza as difficuldades mas não procura negal-as e diz que «muitas vezes escreve-se que uma operação tão grave (refere-se aos aneurismas inguinaes) não deve constituir o methodo de escolha.

«Confesso que não comprehendo bem esta objecção. A gravidade de uma operação não se mede pela extensão da incisão nem pelo numero de centimetros quadrados da superficie cruenta.» Não são irrespondiveis as proposições de Delbet.

E' certo que a gravidade de uma operação não se mede pela extensão e profundeza da incisão, nem pela extensão da superficie cruenta, mas estes elementos não são inteiramente sem valor e o sabio professor sempre comprehende alguma cousa da objecção que se faz ao seu methodo, tanto assim que, tratando dos aneurismas illiacos, ensina — «poder-se-ia com effeito encontrar adherencias com o S. illiaco que *la rendraient trop dangereuse*. Em um caso de aneurisma traumatico da dobra do cotovello, que operamos segundo o methodo de Purmann, a cura foi alcançada sem accidente, mas com graves difficuldades operatorias.

Em um aneurisma popliteo tivemos de lutar immediatamente para levar á bem a extirpação do tumor e as adherencias com a face posterior da extremidade inferior do tumor eram taes que mais de uma vez tivemos os dedos cançados. Malaquias Gonçalves, cuja habilidade e illustração cirurgica estão acima da mais ligeira duvida, teve por occasião de extirpar um aneurisma popliteo, serio trabalho; poucos casos tenho conhecido em que a operação possa ser considerada simples.

Não são unicamente as difficuldades, ha perigos e a ruptura do sacco é um delles.

Si nos membros a faixa de Esmarch torna o cirurgião dominador da hemorragia, que fazer nos aneurismas inguinaes e nos illiacos? Confiar na compressão acima do tumor? Como extirpar um aneurisma da illiaca externa sem muito grande perigo de vêr o doente fallecer durante o acto operatorio!

Estas difficuldades o eminente professor francez conhece e respeita, tanto que sobre aneurismas inguinaes e illiacos o seu modo de pensar não é tão absoluto.

Além do que temos dito é preciso accrescentar que muitas vezes na dissecção de um tumor aneurismatico é impossivel distinguir os tecidos; os musculos unem-se ao tumor e alteram-se de maneira que só difficilmente podem ser reconhecidos. Em 1888 Delbet mostrou que os accidentes nervosos nos aneurismas são devidos não tanto a compressão como ao *englobement* dos nervos nos tecidos fibrosos que se formão ao redor do tumor. E' por isso que muitos accidentes podem persistir, se agravar ou mesmo começar após a

cura do aneurisma no momento em que o saco se retrai. E' esse *englobement* que cria difficuldades tão grandes que obrigão-nos muitas vezes a deixar a parte do saco que rodeia o nervo; que outras vezes dá logar á ferimento do nervo. Não são alegações meramente theoricas nem difficuldades oriundas de nossa impericia, Verneuil perguntou se seria sempre possível libertar os ramos nervosos incluso nestas camadas que constituem o saco e Delbet explica pela ruptura das fibras nervosas durante a liberação dos ramos comprimidos os casos de esphacelo nos doentes de Pollosson e Sonenburg.

Ha mais ainda.

A ligadura acima e abaixo do saco nem sempre dá perfeita hemostasia, como theoricamente era de prever; muitas vezes é trabalho penoso tornar o campo operatorio exangue, quer porque jorrem pequenos vasos, quer porque haja hemorragia *en nappe*. Ha um argumento apresentado em favor da extirpação que eu não posso acceitar, e é— que a extirpação do saco não modifica a circulação do membro. Si não modifica como explicar a gangrena que muitas vezes se lhe segue?

Não modifica porque?

Como não modifica, si pela arteria lesada ainda se faz circulação?

Pois que! ligado o caso acima e abaixo do tumor e extrahido este a circulação não se modifica?! Confesso, não comprehendo esse argumento.

A nossa estatística é limitada, pois quizemos sómente apresentar os casos cujos resultados são

por nós perfeitamente conhecidos. As nossas cifras unidas ás do Dr. Alfredo Costa, distincto cirurgião do Hospital Pedro II, fazem um total de 37 casos, dos quaes 30 operados pela ligadura e 7 pela extirpação. Os operados pela ligadura podem ser assim classificados—aneurismas inguinaes 7; aneurismas popliteos 18; aneurismas carotidianos 3; aneurismas axilares 2; aneurisma humeral.

Curados 27—Mortos 2.

Dos 7 curados pela extirpação do tumor podemos fazer a seguinte distribuição: aneurismas popliteos 3; aneurismas da pediosa 2; da cubital 1; da dobra do cotovello 1.

Curados 5—Mortos 2.

Não pôde a nossa estatistica fazer o parallelo entre os dois methodos mas servirá para mostrar que a ligadura não é digna de desprezo.

Incontestavelmente é uma operação facil, bem regulada, typica, em que o cirurgião caminha com segurança, sem receios, obtendo bons resultados.

São innumerous os casos em que a ligadura tem dado os mais esplendidos resultados, todos os cirurgiões registram factos e acode-nos á memoria o caso de um rapazito apresentando um aneurisma inguinal, traumatico muito volumoso, operado pela ligadura e radicalmente curado. E como este outros. As hemorragias secundarias nunca tivemos occasião de observar; a suppuração do sacco apenas vimos em um dos dois casos e não só estas complicações como a gangrena e as outras vão de mais em mais se tornando raras.

Não podemos aceitar a idéa de que a extirpação dos aneurismas seja uma operação de resultado seguro. Temos visto seguir-se-lhe não só a gangrena reclamando a amputação (caso de aneurisma popliteo) como o tetano determinando a morte (ainda caso de aneurisma popliteo).

Reclus pensava que o futuro pertencia á ligadura ; não somos tão exclusivistas, cremos que o problema a resolver não é eliminar um dos processos mas sim precisar a indicação de cada um delles desde que ambos podem ser vantajosos. Assim como a talha e a lithotricia vivem como companheiras, completam-se, assim podem viver a extirpação e a ligadura.

CONCLUSÕES

I

A cirurgia dos vasos é ainda um vasto campo a explorar.

II

A ligadura, a incisão do sacco, a extirpação constituem os processos cirurgicos propriamente ditos de tratamento dos aneurismas.

III

O tratamento proposto por Mattas, de New-York não provou praticamente o seu valor e mesmo em theoria é passivel de accusação.

IV

Nem a ligadura nem a extirpação do sacco podem no momento actual constituir um methodo exclusivo de tratamento dos aneurismas.

V

Quer um quer outro podem dar bons resultados, é mister resolver o problema da indicação de cada um.

VI

Assim como a talha e a lithotricia completam-se na therapeutica das vias urinaarias, assim a extirpação e a ligadura podem viver prestando reaes serviços.

Recife—Junho 1909.

DR. ARNOBIO MARQUES.

(Jornal de Medicina de Pernambuco)

Revistas e Analyses

Resultados da pesquisa da cholina no sangue dos sujeitos que padecem de hypotensão. — Drs. TESSIER e ALBERTO MOREL. (Soc. Méd. dos Hospit. de Lyão). — Sabe-se que os experimentadores não estão accordes acerca dos effeitos produzidos pelas injeções de cholina sobre a pressão sanguinea. Com o fim de achar uma explicação dos mechanismos hypotensores, os A. A. procuraram a cholina no sangue de dez doentes da clinica medica do *Hotel-Dieu* de Paris.

Para evitar o desprendimento artificial da cholina, na occasião dessas pesquisas, tomaram todas as cautelas necessarias, sendo o extracto alcoolico feito a frio, e o alcool evaporado a frio no vacuo.

D'est'arte, á custa do extracto alcoolico do sangue dos dous doentes que soffriam da hypotensão mais grave (respectivamente 12 centimetros e 10 a 9 centimetros de mercurio) obtiverão crystaes de chloroplatinato possuindo a birefringencia.

Os crystaes provenientes do sangue do individuo

cuja tensão—apesar de uma forte musculatura—não passava de 9 a 10 centímetros de mercurio, poderão ser transformados em crýstas de periodureto absolutamente iguaes aos da reacção de Florence.

Embora os caracteres desses crýstas não permitam afirmar que se trata de saes de cholina, indicam todavia que são saes de base nevrínica, mais ou menos proxima da cholina. Estes resultados vêm em abono da hypothese, de ser a hypotensão de origem chimica em alguns casos.

Revaccinação e anaphylaxia.—Dr. JULLIEN. (*Soc. Med. dos Hospit. de Lyão*).—A reacção cutanea positiva proporcionada pelas revaccinações, é sempre uma reacção precoce e fraca, porém muito evidente, sendo impossivel confundil-a com um resultado negativo. Para apreciar bem esta reacção, é necessario que a inoculação vaccinal seja sempre acompanhada de uma escarificação que lhe sirva de testemunha. Segundo o autor da nota, é de pouca importancia aliás, a reacção cutanea, com a condição todavia de que não haja duvida ácerca da virulencia da vaccina empregada. Toda a inoculação cutanea de vaccina corresponde á introdução no organismo de antígeno creador de *sensibilizadoras*, fontes da immuniidade. Depois de uma revaccinação, a reacção cutanea será tanto mais precoce quanto mais rica será em *sensibilizadoras*; entretanto, toda a revaccinação tem em resultado uma nova formação de sensibilizadoras, a qual traz outra vez a immuniidade para o maximum, até quando a reacção cutanea seja nulla.

Ação dos anesthesicos sobre as propriedades leucocytarias.—(*Soc. Med. dos Hospit.*)—Acharde, Ramond e H. Bénard estudaram os efeitos dos anesthesicos *in vitro* e *in vivo* sobre a resistencia e actividade dos leucocytos.

In vitro a estovaina e a cocaina enfraquecem essas propriedades, até com doses mui fracas. *In vivo*, nas condições da anesthesia rachidiana pela estovaina, as propriedades leucocytarias não são modificadas. Porém, a rachi-cocainização, á forte dose, reduz consideravelmente a actividade.

A anesthesia geral pelo chlorureto de ethylo, cuja acção é muito forte, não produz nenhuma alteração

Ao contrario a anesthesia geral pelo ether ou pelo chloroformio produz uma diminuição notavel, porém passageira, da resistencia e da actividade. Póde acontecer, aliás, que as propriedades correlativas do sero não fiquem modificadas — o que parece demonstrar que as cellulas fixam a substancia anesthesica.

Centros artificiaes attenuando ou augmentando a virulencia do bacillo de Koch. — (Acad. das Sciencias). — Baudran, pelo cultivo dos bacillos de Koch em um meio composto do modo seguinte:

	Grammas
Glycerophosphato de ferro.....	0 20
Metaphosphato de soda.....	5 »
Citrato de soda.....	2 »
Glycerina.....	60 »
Albumoses Byla.....	10 »
Agua distillada.....	10000 »

obteve bacillos alterados, cuja virulencia diminuiu ao ao ponto de não occasionar mais lesões apparentes na cobaya.

Além disso, estas culturas attenuadas possuem propriedades vaccinantes importantes.

Na occasião de substituir, no liquido acima mencionado, o glycerophosphato de ferro pelo phosphato de maganez, Baudran poude verificar que os bacillos apresentam, em cultivos as mesmas alterações.

Tratamento abortivo da Blennorrhagia. Dr. WILDBOLZ. — (Socied. med. pharmac. de Berna). (Suissa). — O autor critica mais uma vez o velho methodo therapeutico, ainda hoje usado por quasi todos os clinicos, o qual consiste em contentar-se, o clinico, em administrar uma medicação interna. O gonosan, o santyl, o arrheol, etc., sendo sem duvida excellentes auxiliares, são porém incapazes, na maior parte dos casos, de curarem a blennorrhagia.

Na realidade, esta affecção necessita um tratamento local antiseptico precoce.

Quando um doente apresenta-se na consulta no primeiro ou no segundo dia da apparição da blennorrhagia, quando a secreção uretral ainda está sóro-purulenta e muito fluida, o A aconselha se applique sempre o methodo abortivo. Para isso, convem fazer pequenas injecções de soluções a 1,5 para 100 de protargol, ás quaes se acrescenta 2 p. 100 de eucaina B ou de alpina. Cumpre fazer pelo menos 5 injecções nas 24 horas; isto é, até durante a noute, o doente deve administrar-se uma ou duas injecções. Do 3.^o dia do tratamento em diante, só se deve empregar soluções de protargol a $\frac{1}{2}$ p. 100; no 5.^o ou 6.^o dia, é mister interromper completamente o tratamento. Nos dias seguintes, as secreções uretraes têm de ser examinadas systematicamente para pesquisa dos gonococos; se ainda existirem, é signal de que o tratamento abortivo não deu nenhum resultado, sendo então necessario lançar mão do tratamento habitual, com lavagens uretraes. Cumpre notar, porém, que n'estes casos o doente fica mais rapidamente curado.

Em resumo, convem experimentar o tratamento abortivo da blennorrhagia sempre que o doente apresentar-se na consulta no primeiro ou no segundo dia da manifestação da affecção. Este tratamento dá em muitos casos optimos resultados. Seja como fôr, nunca offerece perigo algum.

Medicina pratica

Suores nocturnos

Graves.

Bisulfato de quinina.....	Ogr. 50 centg.
Tintura de meimemdro.....	6 grammas
Xarope simples.....	25 grammas
Infusão de camomilla.....	100 grammas

Uma colher, de tres em tres horas

Boletim Demographico

Mortalidade da Capital do Estado da Bahia, durante o mez de Fevereiro de 1909

Durante o mez foram apurados 397 obitos, produzidos pelas seguintes molestias: febre amarella 5, peste 4, variola 5, sarampo 1, dysenteria 15, beriberi 5, erysipela 1, paludismo agudo 20, paludismo chronico 7, tuberculose pulmonar 55, escrophulose 1, syphilis 4, canceros 6, outros tumores 1, rheumatismo 2, diabetes 1, anemia 1, febre infecciosa 1, alcoolismo 2, (atingindo o grupo de molestias geraes a cifra de 137 obitos); molestias do systema nervoso 46, do apparelho circulatorio 49, do respiratorio 17, do digestivo 71, dos (quaes 56 por gastro-enterite e diarrhea, sendo 37 em creanças de 0 a 2 annos de idade); do apparelho urinario 17, estado puerperal 2, (1 por septicemia), molestas da pelle e do tecido cellular 5, dos orgãos da locomoção 1, debilidade congenita e outras especiaes de 1.^a idade 13, debilidade senil 13, mortes violentas 8, suicidio 1, ignoradas ou mal definidas 17.

Foram registrados 34 nati-mortos, 17 do sexo masculino e 15 do feminino.

Medias diarias	}	deste mez.....	14,17
		do precedente.....	15,09
		do correspondente em 1908...	15,51
Coefficiente annual por mil habitantes.....		18,10	

Comparando o obituario das molestias transmissiveis nos dois ultimos mezes teremos o seguinte resultado: febre amarella 5 para 12 em Janeiro, peste 4 para 8, variola 5 para 9, sarampo 1 para 2, diptheria 0 para 1, grippe 0 para 1, febre typhoide 0 para 2, dysenteria 15 para 12, beriberi 5 para 6, erysipela 1 para 2, paludismo 27 para 52, tuberculose 55 para 58, syphilis 4 para 6, septicemia puerperal 1 para 1.

Dos fallecidos no mez eram 204 do sexo masculino e 193 do feminino; 380 nacionaes e 17 estrangeiros; — 306 solteiros, 51 casados, 32 viuvos e 8 sem declaração; — 72 de 0 a 1 anno, 40 de 1 a 5 annos, 13 de 5 a 10, 18 de 10 a 20, 60 de 20 a 30, 54 de 30 a 40, 39 de

40 a 50, 35 de 50 a 60, 65 de mais de 60 e 1 sem declaração de idade; —105 brancos, 109 negros, 182 mestiços e 1 sem declaração.

Occorreram em domicilios 305, sendo 36 em districtos suburbanos, e 92 em estabelecimentos de caridade, assistencia publica dos quaes 73 no hospital Santa Izabel, 2 no hospicio S. João de Deus, 1 no asylo dos Expostos, 10 no asylo de Mendicidade, 2 nas enfermarias do Mont-Serrat (peste), 3 na de S. Lazarc (variola) e 1 na Penitenciaria.

Doentes em tratamento em 28 de Fevereiro:—20 morpheticos no hospital dos Lazaros, 3 pestosos, 2 amarellentos e 9 variolosos nas enfermarias de Mont-Serrat e 64 variolosos na enfermaria de S. Lazaro.

Foram notificados 9 doentes de "febre amarella", 1 natural deste Estado e 8 de naturalidade estrangeira, 3 foram removidos para a enfermaria de Mont-Serrat, onde se restabeleceram, 5 ficaram isolados em seus domicilios, fallecendo 4, e 1 no hospital Santa Izabel com terminação fatal.

Verificaram-se 5 casos de peste, nos dias 11, 12, 13, 14 e 15, sendo 2 notificações de obitos em domicilios e 3 de doentes removidos para a enfermaria de Mont Serrat onde faleceram 2.

Confrontando as cifras obituarias nos dois ultimos mezes chegaremos ao seguinte resultado:

		Totaes	Médias diarias
Numero de obitos em Fevereiro	{ geraes	397	14.17
	{ por mol. transmissiveis	123	4.39
	{ « « communs.....	274	9.78
Numero de obitos em Janeiro	{ geraes.....	397	15.09
	{ por mol. transmissiveis	172	5.54
	{ « « communs... ..	296	9.55

Relação entre a mortalidade das molestia transmissiveis e a totalidade dos obitos em Fevereiro 30,98% contra 36,75% em Janeiro.

Relação entre a mortalidade das molestias communs e a totalidade dos obitos em Fevereiro 69,01 contra 63,24% em Janeiro.