

# GAZETA MEDICA DA BAHIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Volume XLVI

DEZEMBRO 1914

Numero 6

## Syndrome cerebellar (1)

Pelo Prof. Aurelio Vianna

Certo merece ficar registado nos annaes da nossa sociedade o caso cuja historia clinica submettemos á sua luminosa competencia, já pela relativa raridade do typo nosologico, já pelos resultados colhidos da therapeutica applicada, justificando assim a natureza do mal.

Por isso, ousamos solicitar a gentileza da attenção dos dignos collegas por alguns minutos apenas, entrando sem mais preambulos em materia.

J. A., com 32 annos de idade, de côr preta, solteiro, roceiro, natural da Bahia, residente em Cotegipe, deu entrada no hospital Santa Izabel, em 11 de Setembro ultimo, indo occupar, na enfermaria S. Pedro, a nosso cargo, o leito n. 19.

A anamnese nenhum elemento de valor nos forneceu quanto á antecedencia hereditaria, affirmando apenas o doente que os seus paes ainda vivem e não soffrem de molestia nervosa.

Refere que, quando creança, teve sarampo e varicelle, gozando sempre boa saúde até o anno

---

(1)—Communicaçào á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia.

proximo findo, data em que contrain uma blenor-  
rhagia, apresentando tambem, por esta occasião, um  
cancro molle e uma adenite que não suppurou.

Em Janeiro deste anno teve rheumatismo arti-  
cular agudo que cedera após dois mezes de tra-  
tamento.

Informa ainda usar de bebidas alcoolicas, mode-  
radamente no seu dizer, e que a sua molestia presente  
se iniciou em Junho do corrente anno.

Durante trez dias foi accommettido de accessos  
febris que cederam á acção da quinina. Começou  
então a sentir tonturas, que mais intensas se  
tornavam quando tinha necessidade de executar  
qualquer trabalho com a cabeça baixa. A vista se lhe  
turbava e os objectos pareciam gyrar em torno de si.  
Estas perturbações resumiam toda sua molestia,  
permittindo-lhe o trabalho, embora realizado com  
alguma difficuldade.

Uma manhã, porém, ao deixar o leito, sentiu serio  
embaraço no andar, que, no seu proprio expressar,  
se assemelhava ao do ebrio.

Assim permaneceu alguns dias, surgindo então  
cephalalgia frontal, acompanhada de vomitos, a  
principio espaçados, depois assaz frequentes.

Convencido do nenhum resultado da therapeutica  
a que se tinha submettido, resolveu internar-se no  
Hospital Santa Izabel, pois impossiveis lhe eram a  
posição erecta e o andar, bem assim incessantes  
as tonturas e os vomitos.

Quando, pela primeira vez, o vimos, occupava no  
leito o decubito dorsal, tendo a cabeça, que repou-  
sava sobre travesseiros, levantada,

Contou-nos a sua historia, insistindo nos phenomenos e factos acima apontados, principalmente nos vomitos, nas tonturas e na impossibilidade do andar, se bem que deitado, os musculos dos membros inferiores executassem todos os movimentos, attestando assim a conservação da influencia da vontade sobre cada musculo em particular.

A inspecção revelou-nos, manifestos *nystagmus* transversal da cabeça, isto é, oscillações rythmicas de um para outro lado, semelhantes ao signal mimico do homem para responder *não* phenomeno este observado *não* só durante o repouso como por occasião dos movimentos.

Bastante compromettida se nos apresentou a função *estatica e q. alibratoria*, cujos disturbios claramente se evidenciavam quer o doente occupasse a posição sentada, a attitudo em pé, quer no andar que se mostrava de feição typica e bastante significativa.

Sentado no leito, apenas podia assim se manter, apoiando-se com as mãos nas suas bordas.

Na posição erecta, affastava os pés, dando ao corpo maior base de sustentação, attitudo em que somente ficava com o auxilio de uma outra pessoa.

No andar, que se realisava de modo particular, e quando unicamente o doente apoiado em dois enfermeiros, a direcção se *não* fazia em linha recta, pois os seus passos eram irregulares e vacillantes, para a direita e para a esquerda, a todo instante ameaçado de queda, em sentido *não* determinado.

A marcha se effectuava, portanto, em linhas quebradas, em *zig-zag*, com a feição do andar do ebrio. Integra, sem a menor perturbação, estava a sensibili-

dade. Havia abolição dos reflexos tendinosos, bem assim do plantar. Inexistencia do signal de Babinski. Era evidente a flacidez muscular, notando-se manifesta dysarthria. Integridade funcional dosapparelhos respiratorio, circulatorio, digestivo e urinario.

Eis a historia do nosso doente e os dados colhidos do exame a que o submettemos.

Em face do papel culminante que, no complexo morbido ligeiramente esboçado, occupava a *dysbasia*, procuramos bem estudar o seu typo, afim de precisamente classificar a na plena convicção de auferirmos d'ahi elemento precioso para o diagnostico que se fazia mister.

De facto, a vacillação dos passos, ao lado da sua irregularidade, a direcção contradictoria em que elles se realisavam, o afastamento dos membros inferiores, offerecendo corpo augmento de sua base de apoio, o contacto em cheio dos pés com o solo, constituiram preciosos elementos para se affirmar que os disturbios do andar apresentados pelo nosso doente perfeitamente caracterisam a chamada—*marcha titubeante*,— de accordo com a classificação clinica de Paul Bloch, modificada já em alguns pontos, quanto á substancia e á linguagem, pelo prof. Aloysio de Castro.

Sob uma dupla physionomia se nos offerece esta *dysbasia*, conforme a titubeação se acha associada com a flacidez ou o espasmo, dando lugar ás variedades conhecidas sob as denominações de *titubeante flacida* e *titubeante espasmodica*.

Ora, figurando a flacidez muscular como um dos importantes symptomas, evidentemente assignalada em o nosso doente, claro é que a sua *dysbasia* deve ser capitulada de—*titubeante flacida*.

Mas este typo morbido do andar é revelador de estados pathologicos diversos, a destacarem-se como principaes, a syndrome de Menière, as lesões do lobo frontal e affecções do cerebello.

No caso clinico que objectiva esta communicação, desde logo nos é facultado o direito de affastar a primeira hypothese, porquanto na symptomatologia trahida pelo exame a que submettemos o paciente, perfeito se mostrava o apparelho auditivo, não se encontrando — vestigios sequer das desordens labyrinthicas que, na verdade, figuram no mal citado, como de capital importancia, imprescindíveis e necessarias.

Realmente, quer em sua forma paroxystica, quer no typo continuo, nenhum phenomeno observamos, por pequeno e insignificante, que denotasse qualquer lesão auditiva, justificando o diagnostico de — mal de Meniere.

De referencia ás lesões do lobo frontal, é facto comprovado por varias autopsias que a *marcha titubeante* é susceptivel de ser observada em circumstancias taes.

Esta hypothese, porém, não tem cabimento na observação presente. Em primeiro logar faltaram por completo em o nosso doente quaesquer perturbações outras capazes de denunciarem uma lesão assestada em semelhante departamento cerebral. Alem disto, phenomenos de alta significação diagnostica apresentava o paciente, discordes inteiramente daquelles que trahem, em geral, uma affecção cerebral de localisação frontal.

Resta-nos a derradeira hypothese, a de uma affecção cerebellar.

Não ha duvida que a *dysbasia titubeante* é a característica das lesões deste centro nervoso.

Mas para firmar se o diagnostico de uma molestia desta natureza a *dysbasia* é deficiente, desde quando lhe não é pathognomonica.

Necessario se faz, portanto, provar que os symptomas observados, e acima enumerados, são decorrentes de uma affecção do cerebello; precisamos demonstrar que somente este orgão, quando interessado em a sua integridade anatomica e functional, pode determinar este complexo morbido constituido pelas varias perturbações expostas.

Dos modernos estudos physiologicos, em magna parte devidos ao alto saber e indiscutivel competencia do respeitavel professor Luciani, se evidencia que affecta esta a este departamento nervoso a acção de coordenação á que este scientista denominou *estatica-equilibratoria*, funcção essa que uma vez compromettida dá logar a esta singular desordem da locomoção por elle mesmo taxada com o nome de *astasia*.

Ao lado desta funcção figuram ainda, assignaladas tambem pelo professor Luciani, as acções *asthenica* e *tonica*, em virtude das quaes, pela primeira, o cerebello assegura a energia potencial de que dispõem os appparelhos neuro-musculares, cabendo-lhe, pela segunda, o papel de manter a tensão destes mesmos appparelhos durante as pausas funcionaes.

Lesado este orgão, compromettidas estas funcções, dá-se fatalmente a diminuição da contracção muscular, bem assim a flacidez dos musculos, produ-

zindo-se dest'arte a *atonía* e a *asthenia*, manifestações morbidas peculiares ás affecções cerebellosas.

Da nossa exposição claramente se deduz que os symptomas primaciaes, de grande relevo, offerecidos pelo paciente eram attinentes ás varias attitudes e ao andar, seriamente compromettidos, não por phenomenos pareticos ou paralyticos, pois esses nem se quer em vestigios existiam, mas sim pelo desencontro, pela desharmonia na associação dos movimentos, de modo a se não corresponderem, a se não coordenarem, a se não fundirem, executando-se em momentos diversos, em tempos distinctos, e não simultaneamente como se faziam precisos.

E d'ahi, na sua mais expressiva caracterisação, este signal, descoberto e perfeitamente estudado por Babinski sob a rubrica de *asymetria cerebellar*, por elle reputado de alto valor como signal pathognomonic de lesão do cerebello.

Cotejando as provas clinicas reveladoras de sua existencia, e assignaladas, por este emerito scien-tista, com os symptomas que comprovamos em o doente, nenhum embaraço experimentamos de nelle reconhecer este signal nitidamente estereotypado, quer no decubito, quer na posição sentada, quer na attitude em pé, quer enfim no andar.

E por elle firmamos o diagnostico da *syndrome cerebellar*, apoiado ainda em symptomas outros que evidentemente existiam em o nosso paciente, de irrecusavel valor e que corroboraram a natureza desta especie nosologica, que sancionaram o nosso juizo sobre o caso clinico em questão.

Referindo-nos a estes outros symptomas não

devemos esquecer a *hypermetria* e a *adiadococinesia*; constante a primeira do "desmedido excursão dos movimentos voluntarios, que vae além do necessario, conservando-se, embora, a orientação geral do movimento," testemunhada por varias e inconcussas provas; e resultante a segunda da «perda da capacidade normal de realizar movimentos voluntarios alternativos, successivos e rapidos», tambem de indubitavel verificação em J. A.

No intuito de bem documentarmos o diagnostico feito, não duvidamos de afirmar que todas as demais desordens mencionadas obedecem á mesma causa, têm interpretação identica, são expressivas da lesão cerebellar.

Nenhum clinico contestará, de bôa fé, que na symptomatologia de uma affecção desta natureza não possam figurar as *tonturas* e os *vomitos*, desde quando ahi está a observação a attestar, em a sua inequivoca eloquencia, a veracidade do facto.

O *nystagmus* e a *dysarthria* são manifestações tambem de origem cerebellar; dependentes ambas desta falta de concordancia na execução dos movimentos prepostos a determinados fins e que synthetisa a *asynergia*.

A abolição dos reflexos rotuliano e plantar e a ausencia do signal de Babinski estão filiadas á flacidez e atonia musculares, consequencias naturaes de lesões do cerebello.

E deante desta exposição, duvida não padece o diagnostico da *syndrome cerebellar*.

\* \* \*

Releva agora dizermos algumas palavras sobre a

possibilidade, em face dos signaes enumerados, de determinar-se a séde do mal, desde quando sabemos que os modernos estudos da physiologia experimental tendem a admittir localisações cerebellares, á semelhança d'aquellas que se referem ao cerebro, e universalmente acceitas.

Precisamos ponderar, porém, que, apesar da indiscutida competencia dos scientistas que se arrojam a empreza de tão alta monta nos emmaranhados dominios da neuro-pathologia, os dados colhidos das viviseções ainda dissentem bastante dos elementos fornecidos pela clinica, de modo a se não poder tirar conclusões certas e seguras.

Entretanto, possivel é concluirmos do estudo a que sujeitamos o paciente e dos symptomas resumidamente descriptos e patenteados na sua maxima clareza, que as lesões cerebellares, no caso vertente, attingiram todo o orgão ou a porção central, uma vez que as desordens funcionaes eram bilateraes e não de um lado apenas, hypothese somente verificada quando o processo morbido se localisa em um dos hemispherios respectivos ou mais precisamente em um dos varios departamentos lateraes.

Na verdade as alterações do equilibrio, o andar titubeante, a flacidez muscular são manifestações que bem alto fallam em favor de uma lesão central, particularmente das que interessam o vermis, sendo a unilateralidade dos symptomas privilegio das que compromettem os hemispherios.

Assim, pois, o nosso pensar, consoante as considerações expendidas, é que o processo morbido

responsavel pelo quadro clinico em questão teve a sua localização precisa em a porção central do cerebello; é que o vermis figurou como o elemento necessario e indispensavel á producção dos phenomenos tão bem caracterisados em o nosso doente.

\* \* \*

Ainda precisamos tocar em um ponto, de importancia indiscutivel e que pelo seu reconhecimento, suspeito a principio, e ao depois precisamente certo, conseguimos alcançar da therapeutica apropriada os brilhantes resultados que asseguraram o desaparecimento do mal.

Referimo-nos ao agente responsavel pela molestia, que nos pareceu, a primeira vista, não ser de difficil descoberta, se bem que a historia do doente nos não fornecesse elemento seguro para assim pensarmos.

E' que, tendo em grande monta a preponderancia manifesta da syphilis na etiologia das affecções nervosas, não duvidamos de a ella conferir a responsabilidade do feito, prescrevendo em obediencia á esta orientação a medicação especifica, a qual, dentro de alguns dias, ja se fazia notar pelos seus beneficos resultados.

Neste sentido continuamos a agir, tão acentuadas eram as melhoras, até que nos foi possivel comprovar a suspeita, pondo em pratica os meios seguros de que hoje dispõe a sciencia para semelhante fim.

A reacção de Wasserman, competentemente pesquizada pelo Dr. Agripino Barbosa, foi francamente

positiva o que justificou um tratamento mais intensivo, coroado do exito mais feliz.

A molestia era, portanto, de natureza syphilitica.

\* \* \*

De referencia a therapeutica, prescrevemos desde logo o iodureto de potassio, ao qual dias depois associamos o bi-iodureto de mercurio, em injeções hypodermicas, de um centigramma por centimetro cubico, feitas em dias alternados.

Com esta medicação dentro de pouco tempo, os symptomas que mais incommodavam o doente foram cedendo, principalmente os vomitos e as tonturas, sendo manifesta a melhora quanto ás perturbações do equilibrio.

Reconhecida a tolerancia do paciente para com os medicamentos usados, augmentamos para dois centigrammas a dose do bi-iodureto, mantendo a mesma posologia do sal de potassio, que regularmente foi administrado na proporção de dois grammos diarios.

As melhoras tornaram-se, dia a dia, mais patentes.

Substituímos o bi-iodureto de mercurio pelo cyanureto, sendo applicado em injeções endovenosas.

A molestia tende para a cura; a marcha ja se executa regularmente, sem que o doente necessite de pessoas que o auxiliem.

E é nestas condições que o apresento a esta Sociedade, chamando a atenção dos collegas que

---

*NOTA.* — Em 30 de Novembro teve alta o nosso doente, de todo restabelecido dos incommodos que o forçaram a internar-se no hospital Santa Isabel.

o examinaram no pleno fastigio da molestia, devendo, declinar, particularmente, os nomes dos professores de clinica medica da nossa Faculdade, os Drs. João Fróes e Clementino Fraga.

## Exame chimico das aguas potaveis

Pelo **Dr. João Ponde**

*Algumas palavras sobre as emergencias da cidade da Bahia*

[Continuação]

As bases em que assenta o sólo da cidade da Bahia são constituídas por grandes massas de rochas crystallinas sobre as quaes jazem depositos mais ou menos consideraveis dos terrenos de decomposição misturados, em suas camadas mais superficiaes, com os detritos que a vida tem accumulado através de milênios.

É nos espaços dessa armação cyclopica, talhada na pedra monzonitica que sustenta o sólo, que se reúnem as collecções liquidas infiltradas da superficie pelas massas resistentes do terreno pouco permeavel, ou mais desafogadamente descendo pelas falhas, diaclases e escoadouros.

Parece que, obedecendo á disposição tectonica do *substrato* granitoide da região, não deve haver nella um lençol dagua, na sua accepção mais legitima.

Não temos noções exactas acerca das disposições hydrologicas do territorio da cidade do Salvador, mas, attendendo ao conceito verdadeiro da expressão

— lençol d'agua subterraneo, — que Gosselet define «uma camada solida impermeavel contendo agua em seus intersticios», e que, pelo seu proprio sentido, implica numa extensão d'agua continua, propagando-se em todos os sentidos, de maneira a ser encontrada em qualquer ponto em que se perfure o sólo dentro dos limites da area por ella servida (dadas apenas as excepções das massas accidentalmente concrecionadas, solidificadas pela aggregação da areia ou da argila em *ilhas compactas* na esteira), e, de outro lado, tendo em vista a compacidade das rochas, a falta de continuidade dos espaços nellas existentes, ao mesmo tempo que a ausencia de planos uniformes como base geologica de verdadeiros lenções ou esteiras, somos levados a qualificar o seu systema hydrologico subterraneo, como uma rede de canaes aquiferos que circulam, descendo das eminencias para a synclinal dos valles, onde formam, quando muito, pequenas esteiras parciaes, e onde se encontram em maior abundancia as localizações das emergencias e dos poços.

Dos flancos das collinas afloram fontes de derramamento, ascendentes ou descendentes -- nas fissuras das rochas desnudadas, ou depois de atravessarem camadas adjacentes, por cuja maior ou menor espessura, infiltram-se, para surgir distante de sua origem geologica.

No alto das eminencias tambem se encontram collecções liquidas no concavo das rochas, de onde descem por veios profundos para sair nas baixas e em outras tantas emergencias da mesma natureza e de origem igual.

Entretanto algumas vezes apresentam desigualdades sensíveis na sua composição, apparentando varias origens, devido menos á diversidade de mananciaes, que ás desharmonias existentes no sólo da cidade, modificado pelas alterações constantes de de que tem sido objecto através do desenvolvimento e dos progressos della.

Este sólo é hoje todo artificial, aterrado em muitos pontos, onde se desecaram pantanos, aberto em outros, onde se canalizaram vallas, revolido sempre, maxime no centro urbano, num continuo movimento, que é a característica da actividade constante das collectividades florescentes.

No alto dos morros este sólo é formado de camada mais espessa, attingindo a dezenas de metros de altura sobre a rocha. Dalli descem as terras para cobrir, nas baixas, a mesma rocha, de camadas mais tennes.

De sorte que ahi, para onde convergem as aguas, o canal aquifero se acha a pequena distancia da superficie, ficando a poucos metros o nivel piezometrico dos poços.

Não raro o sólo é encharcado nos tempos chuvosos; a humidade se communica ás paredes das habitações, elevando-se por capillaridade, e é facil ver as aguas profundas subirem em alguns pontos e transbordarem em arroios.

Ruas foram, ha poucos annos, pantanos ou alagadiços, e ainda hoje vivem nellas, contemporaneos da sua transformação, muitos dos que prepararam seu sólo actual.

Na baixa das Quintas temos um exemplo recente do

que acabamos de expor, e mesmo no centro da cidade, outros que com serem mais velhos, não são provas menos significativas desses factos.

Nessa topographia irregular nas ondulações de sua superficie não se pôde estudar um lençól d'agua, como tivemos occasião de dizer. Abrindo-se um pôço nas baixas, veem-se os filetes surgirem do lado das vertentes, descendo-as, para se reunirem nos thalwegues, e constituirem os canaes do subsólo, como as fontes que brotam dos flancos, descem sobre a superficie, formando ribeiros.

E' a demonstração natural da lei de Paramelle: "Os innumeraveis filetes e veias d'agua que se formam nas montanhas e collinas permeaveis, e descem sobre as camadas impermeaveis, não deslisam ao acaso.

Dividem-se debaixo da terra, da mesma forma que as aguas fluviaes á superficie; de sorte que o aspecto exterior indica e segue muito exatamente a linha que separa as aguas subterraneas. Cada vertente conduz todos os veios subterraneos que se podem formar nellas ao valle, para que é inclinada.

Salvo raras excepções, em cada valle, desfiladeiro, garganta ou dobra de terreno ha um curso d'agua apparente ou occulto. O apparente passa á superficie do sólo porque é sustentado por uma camada impermeavel, mas coberto por um terreno permeavel que o não pôde sustentar á superficie.

Quem conhece as leis que presidem aos cursos d'agua apparentes pôde, pois, acompanhar passo a passo esses cursos occultos, porque elles obedecem ás mesmas leis, e se conduzem da mesma fórma".

Condição dos accidentes da sua topographia, a

humidade tambem o é, em parte, da textura mechanica e da composição chimica das terras.

Resultado de decomposição das suas rochas primitivas ao longo dos annos e ao influxo das forças chimicas dos elementos do ar e da agua, que se insinúa lenta e tenazmente pelas fendas, ampliando as, corroendo-lhes as paredes, pulverisando-as, o sólo da Bahia tem uma composição primitiva bem simples: Silica e argila constituem essencialmente a maior percentagem dos seus elementos componentes—derivados da transformação *in situ* das rochas feldspathicas.

Constituindo-se assim, em principio, um terreno silico-argiloso, assimila ainda outros elementos mineraes, posto que menos constantes, ferro, manganese, calcio, magnesio, alcalis—em ultima analyse ainda resultados da desagregação do conjuncto primitivo—a que se aggregaram depois os principios recentes que a organização foi pouco a pouco introduzindo no complexo do sólo actual—carbono, enxofre, phosphoro, azoto.

Da decomposição dos vegetaes e animaes resulta um principio neutro, facilmente soluvel na agua, e que, servindo á alimentação das novas plantas, vem enriquecer o sólo aravel, entrando-lhe no meio dos seus constituintes—é o humo.

Assim, em seu estado actual, o sólo da Bahia é um terreno silico-argiloso contendo humo.

Em taes condições, a argila, o oxido de ferro, o humo, que entram nesse terreno, o fazem sufficientemente compacto para se oppor á infiltração das aguas, mas em compensação, sufficientemente capaz

de conserva-las depois de embebido ou, dizendo em expressões technicas—pouco permeavel, mas com muita capacidade ou humectação especifica.

A humidade que disto resulta augmenta a que provém da vizinhança dos canaes subterraneos em muitos logares, onde a acção capillar se ávantaja á marcha descendente das aguas da superficie, porque mais facilmente expelle o ar dos póros e lacunas e em razão do pequenissimo diametro das columnas liquidas que ella determina, as quaes mais se elevam quanto mais delgadas. (1)

Esta explicação vem lembrar que as aguas, em sua marcha lenta, tem tempo bastante para se impregnar dos principios que encontram e das substancias que se decompõem accentuadamente num meio humido e em temperatura propicia.

Dessas relações da agua com o sólo derivam-se portanto, as modificações que ella vae soffrendo, ao mesmo tempo tambem sinal das propriedades geologicas das camadas por onde ella se insinúa. E, assim como o agricultor póde procurar na composição da agua as provas da natureza das terras, reciprocamente, o chimico tem na constituição dessas a presumpção das qualidades daquella.

Uma agua pura, que tem diminuto residuo mineral e grau hydrotimetrico muito baixo, indica terreno granitico, como o terreno calcareo ou gessoso faz lembrar as aguas carregadas de saes terrosos, com residuo mineral abundante e grau hydrotimetrico elevado.

(1) Num sólo arenoso, diz Vincent, a agua se eleva a 0m,50, ao passo que nos de porosidade mais fina ella vae a 4m,32. Na turfa chega a 6 metros.

De accordo com a constituição primitiva de seu sólo, as aguas da Bahia teem uma composição muito simples. O seu residuo mineral é pequeno, o grau hydrotimetrico oscilla num limite médio inferior 10°, e são pobres de saes terrosos.

Em sua constituição natural, são puras e boas aguas potaveis.

Ainda se podem encontrar dellas typos de pureza, como as das analyses ns. 1 e 2 do nosso quadro, e que poderiamos indicar, como a normal da região.

Estas fontes se encontram fóra do centro habitado em zonas livres de fócios de impureza.

\* \* \*

*Tales sunt aquae qualis est terra per quam fluunt.* — Estas palavras de Plinio que tomamos por brocardo podem ligar o antecedente ao consequente deste capitulo.

Com a degradação do sólo primitivo, as aguas vão se afastando daquella uniformidade e pureza, que outrora fizeram as delicias dos nossos antepassados.

Os typos dignos de menção que ainda hoje se encontram, quasi escoimados de elementos estranhos, dissemos, existem em zonas distantes não polluidas.

São as das fendas das rochas, filtradas por sólo mais puro, leves, como se fossem directamente as meteoricas, de que em principio procedem.

Mas o commum é a differenciação na sua modalidade natural, a complicação de elementos novos nos constituintes normais dellas, e a variedade de especies chimicamente notadas, dando logar a outras tantas qualificações no dominio da hygiene.

Ao passo que é nas zonas suburbanas que se encontram as melhores aguas, é no centro da cidade que se acham as mais suspeitas ou as peores.

E' que no centro levantam-se habitações, e no perimetro domina a vegetação, ás vezes, florestal, exuberante.

A floresta defende o sólo, a cidade o envenena.

No ponto de vista hydrologico, aquelle conserva ás aguas o seu frescor, e garante a sua pureza; esta as contamina com seus residuos deleterios.

Aqui, e com maioria de razão nas baixas, que alternam com os morros, de cujas faldas descem as aguas de superficie, conduzindo as impurezas, e onde o subsólo impermeavel é apenas coberto por uma fina camada superficial, a jazida dos pôços e as emergencias são muitas vezes polluidas.

Effectivamente a influencia dos processos de adaptação do sólo á cultura com seus meios de fertilização; a das fossas fixas de fundo perdido, tão communs entre nós; a de esterquilinios, de estabulos, de lavandarias, tornam-se mais sensiveis, quanto mais facilmente se propagam através de tão pequena distancia.

Na Academia das Sciencias de Paris, Duclaux, chamando a attenção dos poderes publicos para os perigos que apresenta a contaminação das aguas que circulam em condições como essas, apresenta o exemplo de uma cidade, cujos pôços foram todos prejudicados pela urina e as infiltrações das fossas situadas nas vizinhanças das habitações.

“Bem que, dizia elle, a materia organica da urina e dos excrementos humanos e dos animaes não chegnem aos pôços se não depois de ter soffrido uma

nitrificação completa...; bem que a nitrificação natural seja uma protecção para os habitantes, estes não ficam menos certos de achar na agua de que se servem as substancias mineræes da sua urina e das dejecções”.

O estudo chimico de taes aguas testemunhou que os pòços daquelle cidade “são constituídos por uma mistura de cerca de um litro de urina com cincoenta litros de agua.

Pouco mais ou menos, é essa composição dos esgotos de Paris, quando derramados no Sena, depois de terem soffrido a purificação na península de Gennevilliers.

Apezar da limpidez dessas aguas, e da pequena quantidade de germoens que contem, é lamentavel não haver outras para beber».

(*Annales d'Hygiene Publique et de Médecine Légale* —T. 39).

Entre nós isto é facil de acontecer. Ha fontes que surgem de veias subterraneas, que correm por baixo de ruas inteiras, onde as casas até bem pouco, tinham, se já não teem, como serviço de esgotos, antigas fossas de fundo perdido, ou de paredes fendidas expostas á infiltração.

As aguas de taes fontes são as que revelam a maior differença da normal. As por nós examinadas accusaram o mais elevado grau hydrotimetrico, e são ricas de saes de calcio, chloro, nitratos, além de outros mais evidentes vestigios (nitritos e ammonea).

Quando a custa de exaggeradas proporções, as terras se saturam, as aguas veem a receber as materias organicas em sua propria especie, e não será difficil surprehendel-as na analyse.

E' por conseguinte, com as contaminações antigas e constantes do sólo que se modificam as aguas. — *Tales aqua qualis terra.*

Neste caso, devemos procurar neilas os elementos estranhos, que por si sós denunciam a sua impureza, e tambem o excesso dos elementos naturaes que, com as contaminações, ascendem a proporções exaggeradas.

*Continua*

## NOTA CLINICA

PINÇA AFASTADORA VULVAR

DO

**Dr. Masson Fonseca**

Cirurgião adjunto do Hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro.

Dedicando-nos a especialidade das molestias da mulher, de ha muito que vinhamos notando a falta de um instrumento que facilitasse ao operador certas e determinadas operações sobre as regiões vulvar, perineal e vaginal, simplificando-as, de um lado, pelo accesso mais amplo, maior largueza do campo operatorio; de outro lado, pela dispensa de um ajudante, factor este de grande importancia, mormente para o clinico afastado dos grandes centros.

Tendo em mira estes dois objectivos, idealisamos uma pequena pinça-afastadora, muito simples, ligeira, de facil manejo e que cremos servir perfeitamente bem ao fim determinado.

Este instrumento construido pela *Casa Mathieu*, de *Paris*, de accordo com os nossos desenhos e sob a nossa direcção, deve e pode ser applicado para

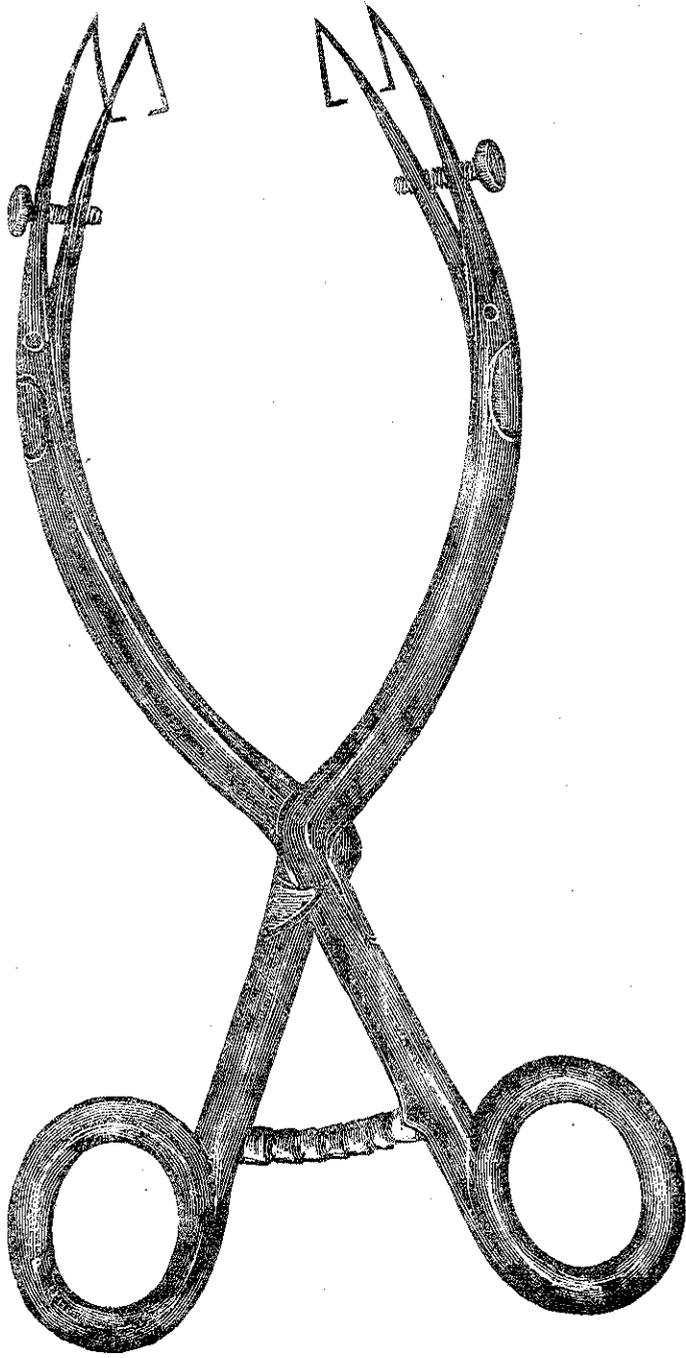
afastar os grandes labios vulvares nas colporrhaphias anteriores e posteriores, nas perineonhaphias pela ruptura incompleta ou completa do perineo, nas colpo-perineorrhaphias, nas intervenções sobre o meato urinario e urethra, nas affecções da vulva (tumores, etc.), enfim em todas as operações que demandem um afastamento dos grandes labios da vulva.

A sua utilidade, o seu valor já foi demonstrado na *Clinica de Partos Tarnier, de Paris*, dirigida pelo Professor Paul Bar. Nesta clinica o Professor A. Brindeau, auxiliado pelo Dr. Devraigne, chefe de clinica e perante grande numero de medicos estrangeiros que seguiam o serviço e dentre os quaes destacamos os distinctos collegas Drs. Esmeraldo de Andrade e Aguerrevere Pacanins, da Academia Nacional de Medicina, Presidente do Congresso Nacional, de *Caracas, Venezuela*, (1) praticou em uma paciente da clinica, uma amputação do collo uterino (Processo de Schroeder), uma colporrhaphia anterior e uma colpo-perineonhaphia, servindo-se para o afastamento dos grandes labios vulvares, da pinça afastadora de nossa invenção.

Durante a intervenção ambos os operadores declararam por diversas vezes a boa impressão recebida a vantagem deste pequeno instrumento, nos auctorisando a affirmar que as experiencias feitas na *Clinica Tarnier* haviam alcançado os mais favoraveis resultados.

---

(1) A pedido deste distincto collega escrevemos uma pequena noticia sobre o nosso afastador para a *Revista Vargas* publicada em Caracas, Venezuela.



*Descrição da pinça afastadora:* Compõe-se de dois ramos de 18 cm. de comprimento e articulados á 12 cm. de distancia, sem entrecruzamento e sim por justaposição. Cada ramo apresenta até o seu ponto de articulação, uma grande curvatura, cuja concavidade olha para dentro e que se contiuaa com o cabo da pinça, de 6 cm. de comprimento, formando um ângulo obtuso de abertura para fora. A extremidade superior de cada ramo apresenta um segundo pequeno ramo, articulado pela parte interna e que por intermedio de um pequeno parafuso que atravessa o grande ramo afasta-se ou approxima-se deste. Tanto os pequenos como os grandes ramos se terminam em ganchos formando angulos rectos.

Nestas pequenas garras serão presos os grandes labios da vulva no momento da applicação do instrumento de que vimos fazendo a descripção para o prebenchimento da funcção afastadora a que o destinamos.

O cabo da pinça finalisa-se em aneis e neste ponto encontra-se uma cremalheira de 3 cm. de comprimento.

A pinça afastadora aberta, isto é, os aneis separados, ultimo resalto da cremalheira, os ganchos approximados, apresenta as seguintes dimensões: distancia entre os aneis, 4 cm.; abertura da outra extremidade da pinça, onde se encontram as pequenas garras 4 cm.; centro da pinça 6 cm. Applicado o afastador e feito o afastamento da vulva a dimensão da abertura entre os dois ramos será de 8 cm.

Nesta posição os aneis serão approximados de todo o comprimento da cremalheira.

O afastamento entre o grande e o pequeno ramo antes da pegada sobre o labio vulvar é de cerca de 1 cm.

Na parte externa de cada grande ramo se encontra uma pequena saliência destinada ao sustento da pinça pelo pollegar, collocando-se o medio e o annular sobre a face interna e ao mesmo nivel, durante a applicação e pegada de cada grande labio vulvar.

## ASSOCIAÇÕES MEDICAS

SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES  
DA BAHIA

*Manifestações cutaneas na peste.*—O Dr. Agrippino Barbosa trouxe á Sociedade Medica dos Hospitaes nove observações de casos de peste, que reputou interessantes, em virtude das determinações para o lado do tegumento externo.

Referin casos em que havia um verdadeiro exanthema, constituido por maculas, papulas, vesiculas e pustulas, algumas destas umbilicadas como as pustulas variolicas, de modo a ser possivel a confusão entre as duas molestias—peste e variola.

Faz considerações sobre o diagnostico differencial entre o exanthema variolico e o pestilento, salientando que á erupção na variola começa pela face para depois estender-se ás demais partes do tegumento externo, ao passo que na peste ella accommette ora a face, ora o tronco, ora os membros, indifferente, sem região determinada para iniciar-se.

Citou dois casos de pustulas que se desenvolveram rapidamente no globo ocular, a despeito dos tratamentos geral e local, determinando hypopion e consequente cegueira.

Adduziu argumentos no sentido de provar que o exanthema pestoso não se podia confundir com o sarampão, a escarlatina, a dengue e a rubéola.

Proseguindo trouxe ao conhecimento da Assembléa outras lesões cutaneas que teve ensejo de observar no Hospital Mont-Serrat, começando pelo pemphigus pestoso.

Era uma erupção disse o A, de bolhas de diametro variavel, cheias de um liquido de côr escura, tirando para o *marron*, bolhas cuja cifra, em certos pacientes, era elevada e que continham o cocco-bacillo de Yersin em cultura pura.

Disse mais que essas bolhas, que occuparam regiões differentes e afastadas do corpo, eram o ponto de partida para a formação de lesões denominadas por alguns auctores, dentre elles Le Dantec, *carbunculos secundarios*; que discordava desta opinião, pensando não se tratar de um carbunculo na verdadeira accepção da palavra.

Descreveu a evolução de taes lesões e terminou dizendo que a pelle de revestimento das bolhas pemphygoides se necrosava ao cabo de alguns dias e cahia deixando uma ulcera de bordos irregulares ou talhados a pique e não um carbunculo como pensam Le Dantec e os seus sectarios.

Estabeleceu a comparação entre o carbunculo

secundário e o carbunculo bacteridiano é concluiu negando a pretensa analogia entre as duas lesões.

Admitia a denominação de carbunculo para as lesões chamadas pelos loimographos «carbunculo primitivo» por achar alguma semelhança entre ellas e o carbunculo bacteridiano propriamente dito. Fez referencias á phlyctena precoce de Simond, assignando o facto do bubão pestoso occupar, em alguns casos, regiões oppostas a ella.

Passou depois a tratar de uma outra lesão cutanea de natureza *yersiniana*, aliás não mencionada por nenhum dos auctores que manuseou, lesão á qual alludiu o prof. Gonçalo Muniz no relatorio que apresentou ao Governo do Bahia, em 1905.

Disse que insistia sobre o assumpto pela raridade de taes determinações, que só foram observadas em dous doentes.

Consistiam em placas inflammatorias de tamanho variavel, ás vezes egual ao de uma moeda grande de 40 réis, com a parte central vermelha, repousando sobre uma base larga e de côr menos intensa.

Em um dos pacientes, uma creança de trez annos, as alludidas lesões occupavam a face antero-externa da perna direita; na outra, o terço inferior da coxa esquerda.

Fez ver que em qualquer destas lesões os cocco-bacillos abundavam, constituindo desta arte um serio perigo não só para os clinicos como para as pessoas que cercavam os doentes.

Acredita na existencia da peste cutanea primitiva,

embora contra sua opinião se insurjam auctores de nomeada, porque tem visto casos de mal do Levante com lesões graves da pelle sem o mais ligeiro infarctus ganglionar. E para provar a veracidade do que acaba de alludir põe á disposição dos collegas as observações que possui, e exhibe photographias.

*Conclue chamando a* attenção para a gravidade dos casos em que taes dermopathias se manifestam e pedindo aos collegas que expliquem o seu mecanismo, porque até agora ainda não surprehendeu, a despeito dos esforços envidados, a via seguida pelos cocco-bacillos para alcançar a pelle.

Discorda das opiniões até agora emittidas para explicar o apparecimento de taes dermopathias.

Não crê, como pensa Victor Godinho, que ellas sejam o resultado da eliminação de cocco-bacillos pela pelle, porque tem feito exames reiterados de sangue e nunca logrou encontrar aquelles micro-organismos na circulação de individuos portadores das citadas lesões.

Além disto não teve ensejo de observar o exanthema em doentes accomettidos de septicemia pestosa primitiva ou secundaria.

Acha, pois, singular que, sendo as lesões o effeito da eliminação de cocco-bacillos pela pelle, não existam em individuos septicemicos, em cuja circulação peripherica os germens especificos se revelam em profusão e não vê como justificar a ausencia delles na circulação dos exanthematicos.

\* \* \*

O Dr. Eutychio Leal diz ter sido o primeiro que escreveu sobre peste cutanea entre nós. Admitte a peste cutanea primitiva.

\* \* \*

O Prof. Fraga diz que a forma cutanea da peste só se explica por uma septicemia anterior, e entende que o facto de não ser encontrado o microbio não destróe a sua maneira de pensar, porque na febre typhica e na pneumonia os germens se encontram muito parcamente e só a hemocultura poderá denuncial-os.

\* \* \*

O Dr. Agrippino Barbosa allega já ter feito a hemocultura sem encontrar o germen, accrescentando que só lhe falta fazer autopsias para ver se os ganglios profundos, no caso, são engorgitados.

*Leishmaniose das Mucosas.*—O Dr. Octavio Torres apresenta trez doentes de leishmaniose das mucosas, dos quaes o primeiro já curado, o segundo em via de cura e o terceiro em inicio do tratamento.

Demonstra a difficuldade que existe no diagnostico destas lesões chronicas da mucosa, na leishmaniose, com a syphilis e o lupus, referindo que actualmente no Instituto Oswaldo Cruz, estes diagnosticos estão sendo feitos com a reacção do desvio do complemento.

Narra summariamente a historia do primeiro doente

heredo-syphilitico e tendo tambem lesões nas mucosas devidas á leishmania, no qual foram praticadas injecções de 606 e 914, que curavam da primeira molestia, porém não modificaram as lesões da leishmaniose.

Com o tratamento hoje classico das injecções intravenosas de emetico estas lesões desapareceram completamente.

O segundo doente que foi apresentado á Sociedade soffre somente de leishmaniose da mucosa tendo conseguido com oito injecções do mesmo medicamento uma diminuição notavel das lesões, estando estas reduzidas á metade.

Este doente soffre da molestia ha 15 annos.

O terceiro doente soffre somente de leishmaniose das mucosas.

Ha quatro annos mais ou menos julgando-se que as lesões que elle ainda hoje apresenta no nariz eram de natureza luetica, lhe foram feitas duas injecções de 606, não tendo havido a menor modificação das lesões.

Neste mesmo doente foram feitas applicações mercuriaes e iodadas tambem sem o menor resultado.

Com algumas injecções de tartaro emetico parece que as lesões já estão cedendo ao tratamento.

Da applicação que tem feito do medicamento em doentes de syphilis e leishmaniose associadas ou em cada uma isolada, pôde tirar algumas conclusões.

1.<sup>a</sup> O tartaro emetico é o medicamento especifico da leishmaniose, principalmente das mucosas.

Diz que a leishmaniose cutanea, para a qual o tartaro tambem é especifico, pode curar com outros medicamentos e até espontaneamente.

A segunda observação, alem de outras citadas corrobora plenamente esta conclusão.

3.º O tartaro emetico, especifico da leishmaniose e do granuloma ulceroso venereo, não tem a menor acção curativa sobre a syphilis.

Para provar esta conclusão cita observações do serviço clinico hospitalar do Dr. Fernando Luz, com quem trabalha, nas quaes em um paciente francamente syphilitico, com reacção de Wassermann positiva, tendo sido feitas injecções de tartaro emetico viu as lesões da lues augmentar e uma outra doentinha de 8 annos, que alem da leishmaniose soffria de syphilis, que se restabeleceu da primeira doença com as injecções de tartaro, ficando curada da lues com applicações mercuriaes.

4.º As soluções para injecção devem ser preparadas, quando possível, no mais curto prazo proximo da sua applicação.

Attribue a este modo de proceder não ter tido accidente algum até hoje, nem os seus doentes terem apresentado reacção alguma ás injecções.

5.º Nas primeiras injecções deve-se empregar dozes pequenas afim de poder ver a susceptibilidade individual.

Diz haver grande tolerancia nos casos de leishmaniose á substancia medicamentosa, e que conseguin injectar até 0,16 centigrammas de medicamento, de

uma só vez, em um doente, sem este ter apresentado o menor accidente ou incompatibilidade.

6.<sup>o</sup> Depois de desaparecidas as lesões deve-se continuar o tratamento durante um mez no minimo, com intervallos de 2 a 3 dias de uma injeção para outra.

Refere que na primeira observação apresentada, somente por ter havido suspensão da medicação por algum tempo, as lesões augmentaram e que em um caso de granuloma ulceroso no qual o doente retirou-se do hospital antes de ter alta como curado, este teve que voltar para completar a cura.

7.<sup>o</sup> O tratamento geral pelas injeções intra-venosas deve ser auxiliado com applicações topicas do mesmo medicamento.

*As hemorragias gastro-intestinaes post-operatorias.*

— A proposito de um caso fatal que deu-se na minha clinica na Enfermaria de Santa Martha, nestes ultimos dias em uma das minhas operadas de hysterectomia, falecida 7 dias depois da operação.

A doente, excessivamente nervosa, de 40 annos de idade, casada, com alguns filhos, era portadora de um grande kysto do ovario, que na operação verificou-se ser pancilocular intraligamentar, e com muitas adherencias, a ablação do kisto foi muito trabalhosa, durando a operação 2 horas, tendo-se gasto 2 vidros de 60 grammas de chloroformio. Até o 5.<sup>o</sup> dia pela manhã a doente ia bem; á tarde d'esse dia começaram os vomitos hematicos e anciedade, com

ligeira elevação de temperatura e no dia seguinte estes phenomenos forão se accentuando, vindo a fallecer a doente no setimo dia pela manhã. O ventre manteve-se mais ou menos flacido até o ultimo dia.

Essas hemorragias gastro-intestinaes podem apparecer depois de qualquer operação, seja ella praticada mesmo sobre o pescoço ou sobre os membros.

As hernias e appendicectomias são as operações após as quaes este accidente apparece mais frequentemente. Em 41 % dos casos as enterorragias ou as gastroorragias tem sobrevindo após operações em que as manobras cirurgicas sobre o grande epiploon tinhão sido muito extensas, como no nosso caso. Estas gastro-enterorragias serião o resultado da propagação aos vasos gastricos ou intestinaes, da thrombose das arterias e das veias epiploicas consecutiva a ressecções ou a manobras prolongadas sobre o epiploon.

A intoxicação pelo chloroformio é igualmente uma das causas de hemorragias gastro-intestinaes post-operatorias. Muito recentemente Wipple e Hurwitz mostrarão que depois de prolongada chloroformisação os cães tornavão-se, durante trez a quatro dias hémophilicos: o fibrinogénio, dosado cuidadosamente, desaparece inteiramente durante o periodo hémophilico para reaparecer no quarto dia.

No nono dia ha uma hyper-produccão compensadora. Esta hemophilia post-operatoria produziria mais frequentemente hemorragias gastricas ou intestinaes porque o chloroformio obra directamente sobre

as cellulas da mucosa gastrica irritando-as, quando eliminado pela mucosa; porque sua acção sobre os centros nervosos produz uma vaso-paralyisia do estomago, e porque no correr das operações abdominaes o traumatismo gastro-intestinal representa o papel de agente localizador.

Enfim sobre 96 casos da estatistica de Butte, 62 vezes a infecção é notada. Essas hemorragias podem ser devidas á distenção por paralyisia da musculatura gastro-intestinal ou a embolias septicas.

Sobre 31 autopsias, 12 vezes encontrou-se uma ulcera do estomago ou do duodenum. Notou-se mais frequentemente a ulcera duodenal após as appendicites e appendicectomias; a um tal ponto que os autores inglezes contemporaneos assignalão appendicite como uma das causas mais frequentes da ulcera duodenal. Os infarctus hemorrhagicos, as suffusões hemorrhagicas forão egualmente observadas.

As hemorragias precoces são geralmente devidas a infecção; ellas são graves por serem geralmente infecciosas.

As hemorragias tardias são devidas mais frequentemente á thrombose, essas são muito graves, sua mortalidade é cerca de 80 %. (Na minha doente tratava-se justamente de uma hemorragia tardia).

Contra a hemorragia precoce pode-se recorrer á lavagem do estomago, ao repouso do intestino pelo gelo e o opio.

Contra a hemorragia tardia *Sauvé* propõe a intervenção, justificada pela gravidade do prognostico. Na

nossa doente fizemos o tratamento aconselhado nas hemorragias precoces, por termos receio de intervir visto o estado da doente, tendendo ao colapso.

Conseqüentemente nas intervenções abdominaes, segundo o que acabamos de expor, devemos poupar o epiploon, tratar o estomago e o intestino com doçura e dar o ether de preferencia ao chloroformio. Com estas precauções evitar-se-ha as causas que com a injeccão favorecem as mais das vezes as hemorragias gastro-intestinaes post-operatorias.

*Sobre um caso de hematometra.* — O Dr. Aristides Maltez fez a communicacão de um caso de hematometra operado por elle e os Drs. Gonçalves Martins e João Tavares.

O Dr. Maltez divide sua communicacão em duas partes: uma philologica e outra medica.

Na primeira parte o Dr. Maltez affirma que o termo exacto para designar a condiçãõ pathologica de que vae tratar é *hematometra* e não *hematometria*; condemna igualmente a forma *hematocolpometros* que deve ser substituida por *hematocolpometra*.

Na parte medica o Dr. Maltez apresenta a observacão de um caso de *retentio mensium* durante 4 annos, sendo a doente portadora de hematometra e hematosalpinge esquerda com desenvolvimento incompleto dos annexos do lado direito.

Discutindo a questãõ diz o auctor que se trata de um caso de atresia funcisia da vagiua com hematometra, tendo tido a doente até aos 13 annos xenomenia nasal, auricular e rectal.

Demonstrou a impossibilidade e a inefficacia de restabelecer-se a permeabilidade vaginal como meio curativo e entrou no tratamento operatorio, o unico racional nesses casos semelhantes da sua communi-  
cação.

O Dr. Gonçalves Martins apresenta um aparelho de extensão continua que usa já ha uns 10 annos na sua clinica com optimos resultados.

O aparelho é todo de couro, muito resistente; todas as suas peças são de fivella, de modo a poder á vontade apertar ou afrouxar, encurtar ou alongar o aparelho, segundo a idade do doente, e a grossura do seu membro.

Tem as seguintes vantagens sobre os outros appa-  
relhos de ataduras e dyachilão de uso corrente:

1.º Economia de tempo.

2.º Ausencia de dôres, tendo-se o cuidado de envolver com algodão as concavidades super-condy-  
lianas.

3.º A segurança e a precisão da extensão.

4.º A economia de dinheiro.

Trouxe ao conhecimento da Sociedade os resulta-  
dos optimos de 2 casos de coxalgia, tratados um durante 3 annos e outro 2 annos e 1/2, tendo sido obrigado, em ambos os casos fazer, a resseção da cabeça do femur, e mais outras intervenções por fistulos e sequestros. E os doentes andão quasi sem claudicação, havendo alguma mobilidade da articulação coxo-femural.

*Tuberculose ocular e tuberculina.*—O Prof. Eduardo de Moraes depois de um rapido estudo sobre as affecções oculares de natureza tuberculosa, especialmente daquellas que attingem o segmento anterior do globo ocular, refere-se á possibilidade do diagnostico pelas injecções de tuberculina e estabelece as indicações para o tratamento por meio deste medicamento.

Aconselha o seu emprego, sem poder acreditar nos perigos que, no dizer de alguns auctores, resultam sempre para os doentes e que não se verificarão facilmente si forem as applicações feitas com os cuidados e precauções indispensaveis.

Firma esta sua opinião em estatisticas de auctores estrangeiros e tambem no grande numero de casos, cujo tratamento teve occasião de acompanhar na clinica do Prof. Hilario de Gouvea, do Rio de Janeiro, aquelle que talvez maior emprego tenha feito no Brazil do methodo therapeutico em casos de lesões oculares.

Apresenta á Sociedade quatro observações pessoasas sendo tres completas, isto é com o resultado final do tratamento e uma em que o tratamento ficou interrompido por não ter sido possivel ao paciente continual-o.

Nos tres primeiros casos empregou a tuberculina T. O. A. preparada no Instituto Oswaldo Cruz e no ultimo a tuberculina C. L. preparada nos estabelecimentos francezes de Poulienc Frères.

Teve assim oportunidade de tratar um caso de keratite intersticial, um de iridocyclite, um de irido

choroidite e um de choroidite, tendo sido este ultimo aquelle em que não pôde ser levado o tratamento até o fim.

Nunca teve o desgosto de verificar nenhum incommodo grave dos doentes submettidos á medicação, não só quanto aos olhos como tambem qualquer um outro órgão e conseguiu em tres casos curar definitivamente os seus doentes, dois dos quaes vinham sendo desde muito tempo tratados pelos agentes anti-syphiliticos, de modo bastante energico, mas absolutamente inefficaz.

\* \* \*

A. S. 29 annos, solteiro, italiano, electricista. Procura-me pela primeira vez em Maio de 1908, queixando-se de um véo bastante espesso diante dos olhos e que se lhe apresentára 4 annos antes, augmentando dia a dia, a ponto de começar e difficultar-lhe seriamente o exercicio de sua profissão. Queixa-se tambem de mosas volantes, mas não accusa dores expontaneas, nem mesmo á pressão sobre os olhos.

Nenhum esclarecimento seguro pôde prestar, quanto aos seus antecedentes hereditarios e quanto aos seus antecedentes pessoas accusa como unicos soffrimentos alguns ataques que acredita terem sido de influencia, em seguida aos quaes notou sempre uma aggravação de seu incommodo nos olhos.

Accusa tambem uma infecção syphilitica contrahida 3 annos antes da molestia dos olhos, a qual não foi convenientemente tratada na occasião.

De nenhuma outra molestia foi accomettido que lhe podesse ter prendido a attenção e o exame do seu organismo nada de anormal pareceu-me apresentar, a não ser nos seus olhos.

Logo que começou a notar a sua affecção ocular procurou o medico, sendo tratado por um collega especialista durante cinco mezes, sem colher o menor resultado.

Fez uso, a conselho medico, de grandes doses de iodureto de potassio e de cerca de 8 injeções mercuriaes, notando que apesar do tratamento a molestia ia progredindo sempre.

Examinando-lhe os olhos, nada encontrei para o lado das membranas externas, nem tão pouco para o lado da camara anterior.

A iris turva e o exame ophthalmoscopico revelou-me a existencia de um inicio de opacificação do crystallino e uma turvação bastante accentuada do humor vitreo, que dificultavam a investigação das membranas profundas, não impedindo porém de perceber a existencia de um irido-choroidite.

Attendendo aos antecedentes lueticos do paciente achei que deveria insistir no tratamento mercurial e appliquei-lhe as injeções intramusculares de enesol e injeções sub-conjunctivaes de cyanureto de mercurio.

Tive assim occasião de tratá-lo por espaço de um mez, findo o qual a sua lesão ocular nenhuma alteração havia soffrido.

Cerca de 4 mezes depois fui novamente procurado

pelo doente e soube que, durante a sua ausencia não havia abandonado o tratamento e recebera mais cerca de 40 injeções de mercurio, o que fazia um total de perto de 150.

Foi então que, levado mais pelo resultado absolutamente negativo do tratamento anti-syphilitico e tambem guiado pelas observações interessantissimas que estava tendo occasião de acompanhar na clinica do illustrado mestre Hilario de Gouvêa, do que pelo exame das lesões choroidianas do paciente, nessa occasião quasi completamente invisiveis em consequencia da turvação do crystallino e humor vitreo, resolvi praticar uma injeção de tuberculina T. O. A. preparada no Instituto Oswaldo Cruz, com todos os cuidados indispensaveis ao manejo do medicamento.

Esta primeira injeção não foi seguida de nenhuma reacção geral ou local, o que permittio, dois dias depois, de injectar a segunda diluição e tres dias depois a terceira.

Algumas horas mais tarde apresentava o doente uma ligeira elevação thermica (37,8) e sentia fortes dôres por todo o corpo, ao tempo em que notava uma reacção para o lado dos olhos traduzida por leves dôres e injeções das conjunctivas.

Cedida a reacção continuamos o tratamento, injectando sempre as doses crescentes, porque o paciente supportava-as, muito bem, sendo que, ao cabo das 10 primeiras injeções começou a melhorar francamente dos olhos, bem como do estado geral, por-

quanto engordava e adquiria disposição para o trabalho.

Chegando á 22.<sup>a</sup> diluição, achava-se o doente quasi completamente curado, com a visão muito melhorada, melhora estas que se não conseguindo a visão normal por causa da opacificação ligeira do crystallino foram accentuando, tendo eu tido o cuidado de repetir 3 vezes a inj. da 22.<sup>a</sup> diluição para maior segurança da cura.

Devo dizer que este tratamento foi por mim realisado no Rio de Janeiro, mas ha mais ou menos um anno tive occasião de rever o doente aqui na Bahia, em excellentes condições, com visão tão boa que estava exercendo na occasião a profissão de «chauffeur», guiando automoveis, o que todo mundo sabe que requer uma acuidade visual não pequena.

\* \* \*

L. V. C. 17 annos, branca, solteira. Examinei-a pela primeira vez em Agosto de 1909, quando se queixava de quasi completa perda da visão em consequencia de uma molestia que lhe apparecera 3 mezes antes. Photophobia intensa, lacrymejamento. Conta relativamente aos seus antecedentes hereditarios que o pae soffre de uma affecção pulmonar e a mãe morren tuberculosa.

Como antecedentes pessoas accusa o sarampão em creança e, de quando em vez, soffrimentos causados por colicas hepaticas. Tem sido algumas vezes atacada da garganta, sentindo tambem nestas occasiões, perturbações para o lado dos ouvidos.

Soffre muito frequentemente de uma pontada do lado do pulmão direito, tosse e accusa algumas vezes para a tarde ligeiro augmento de temperatura.

Examinando a devidamente encontrei no pulmão direito certa rudeza respiratoria, sobretudo no vertice com augmento de vibrações e expiração prolongada; não achei estertores.

Em todos os outros órgãos nada encontrei de importante.

Os dentes apresentam a configuração dos dentes de Hutchinson.

Para o lado dos olhos existe uma forte injeção conjunctival e perikeratica e uma opacificação das camadas profundas da cornea, dando a todo o parenchyma corneano uma coloração cinzenta, mas notando-se em certos pontos a existencia de verdadeiras granulações.

Nada mais pude perceber, porque a perda quasi completa transparencia da cornea, não me deixava ver as membranas mais profundas.

Antes de procurar-me a doente tinha estado em tratamento com um collega, que lhe prescreveu a medicação anti-syphilitica sem o menor resultado.

Guiado por esse facto e tambem pelos antecedentes já apontados, resolvi submeter a doente ás injeções de tuberculina e, tomadas as devidas precauções, iniciei o tratamento com a 1.<sup>a</sup> diluição de T. O. A. do Instituto Oswaldo Cruz, no dia 11 de Agosto.

Tendo provocado a injeção uma ligeira reacção esperei que ella cedesse completamente para praticar a segunda, o que levei a effeito no dia 17 de Agosto.

A reacção ainda se fez notar, mas tendo cedido completamente, a 23 do mesmo mez injectei a 3.<sup>a</sup> diluição.

Não consegui ver a doente senão a 28 e nesta occasião já a reacção produzida pela ultima injecção havia desaparecido, a doente começava francamente a melhorar, sentindo-se melhor disposta e com mais appetite. A lesão da cornea ia-se tornando muito menos espessa e a injecção perikeratica diminuida.

Continuei as injecções até a 20 diluição, acompanhando as melhoras que se iam cada vez fazendo sentir de modo mais notavel, chegando a cornea a readquirir a sua transparencia normal e a 20 de Outubro podia se considerar a doente completamente curada, muito mais forte e vigorosa, com a visão igual a 2/3 da visão normal e o estado do pulmão direito incontestavelmente melhorado.

\* \* \*

H. G. 27 annos, casado, estudante de direito, apresentou se no consultorio em Fevereiro de 1911. Queixa-se de uma antiga lesão de choroide do olho direito, tratada desde muito tempo por meio de injecções mercuriaes, sem resultado.

Antecedentes syphiliticos claros, mas o exame do sangue deu uma reacção de Wassermann negativa e uma de Noguchi fracamente positiva.

De nada mais se queixa o doente, nem me foi dado encontrar em todos os órgãos examinados, nenhuma lesão de importancia. O exame ophtalmoscopico porém deixou-me perceber a lesão choroidiana,

nitidamente condensada como si se tratasse de verdadeiros tuberculos. Este facto, junto á inutilidade absoluta do tratamento anti-syphilitico feito até então, levou-nos a proceder a uma injectão de tuberculina, com o fim de procurar esclarecer o diagnostico. Sendo a reacção francamente positiva, iniciei o tratamento e tive oportunidade de injectar sómente até a 3.<sup>a</sup> diluição, porque o doente se retirou para o interior do Estado de Minas Geraes, não tendo sido por isso possivel continuar a observação.

\* \* \*

Obs. V.—M. C. L. S. branca, solteira, 20 annos, Apresentava-se ao meu serviço clinico no Hospital Santa Izabel em 28 de Julho do corrente anno, queixando-se de uma inflamação no olho esquerdo, fortes dôres e diminuição consideravel da visão, soffrimentos estes que tiveram o seu inicio 3 mezes antes e que se iam aggravando todos os dias a ponto de lhe não mais permittirem continuar os seus trabalhos.

Accusa como antecedentes pessoaes o sarampão e a variola em creança e impaludismo aos 16 annos, além de bronchites repetidas e que lhe apparecem toda a vez que se descuida e é attingida por qualquer resfriamento. Prisão de ventre rebelde.

Como antecedentes hereditarios não indica de importancia sinão o facto de ter a mãe abortado 5 vezes. Paes vivos e parecendo gosar de boa saude.

Examinando-a detidamente e fazendo-a examinar por um collega, nada pude encontrar de apreciavel

para o lado de seu aparelho respiratorio, digestivo, etc.

O olho esquerdo, fortemente hyperemiado, com uma injeção perikeratica bastante accentuada, deixa ver a cornea mais ou menos transparente, apresentando sómente para o lado da sua face posterior, endothelial, pequenos depositos cinzentos reunidos na sua metade inferior sob a forma de um triangulo de vertice superior. Humor aquoso turvo e a iris nitidamente inflamada, apresentando em certos pontos pequenos nodulos cinzentos. Pupilla irregular.

O corpo ciliar inflamado tambem, o que se verifica fazendo sobre a região correspondente uma ligeira pressão que determina o apparecimento de fortes dôres.

Ao exame ophtalmoscopico nada se observa de importante, a não ser a turvação ligeira dos meios transparentes, humor aquoso e humor vitreo.

Neste caso ainda nenhum tratamento tinha sido tentado antes de procurar a doente o hospital e por isso faltou para guiar o diagnostico o facto verificado nas observações anteriores da inutilidade do tratamento mercurial e iodurado para afastar a hypothese de uma manifestação syphilitica, hypothese muito accetavel, uma vez que já era conhecido o facto de ter a mãe da paciente tido 5 abortos e apresentar a doente uma conformação dos dentes semelhante a dos dentes de Hutchinson.

Mas o aspecto da lesão e a formação dos nodulos existentes sobre a face anterior da iris e que se

acompanhavam da formação de depósitos no endothelio da cornea e membrana de Duguesnier fizeram-me logo pensar na possibilidade de se tratar de uma lesão tuberculina e neste sentido institui o tratamento pela tuberculina. Appliquei neste caso a tuberculina C. L. dos estabelecimentos Poulenc Frères, de Paris, a unica de que podia dispôr na occasião e não posso senão patentear os bons effeitos por ella produzidos.

Pratiquei a 1.<sup>a</sup> inj. no dia 1.<sup>o</sup> de Agosto e esta foi seguida de uma reacção febril que attingio a 6 decimos, cedendo completamente ao cabo de 3 dias.

Pratiquei as demais injecções de accordo com as instrucções fornecidas pelo laboratcrio onde foi preparado o medicamento e que acompanham as caixas que contêm as ampolas. Os intervallos de uma injecção variam mais ou menos de 4 até 12 dias, já se vê que não podendo ser continuadas senão no caso de ser o tratamento bem supportado.

Ao mesmo tempo institui o tratamento local que consistio em installações do collyrio de sulfato de atropina e 3 injecções subconjunctivas da solução de chlorureto de sodio a 4 %.

Logo depois da terceira injecção de tuberculina a doente começou a melhorar a sua visão que, no inicio do tratamento, era igual a 1/6 da escala de Wecker passou a ser de 1/4 e os phenomenos inflammatorios foram cedendo visivelmente.

Depois da 5.<sup>a</sup> dose a visão passou a ser de 1/3 e a doente, mostrando-se muito satisfeita, disse-me

que se achava mais forte, quasi nada mais sentindo nos olhos.

Ao cabo da 8.<sup>a</sup> injeccão suspendemos o tratamento, retirando-se a doente para o interior. A sua visão tinha-se restabelecido completamente: era igual á do olho direito, normal. Os nodulos a principio encontrados sobre a face anterior da iris tinham completamente desaparecido, a iris tinha recobrado o seu aspecto normal e bem assim a cornea, onde não mais se encontravam os depositos da face posterior. O corpo ciliar examinado não accusava mais *soffri-*mento algum, sendo a doente considerada inteiramente curada da sua lesão ocular.

---