

GAZETA MEDICA DA BAHIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Volume XLVI

FEVEREIRO 1915

Número 8

Compsomyia ou Chrysomyia macellaria?

Pelo Dr. Oscar Freire

Professor ordinario da Faculdade de Medicina
da Bahia

Para merecer fé, quem escreve nunca deverá fugir á confissão sincera e á penitencia opportuna dos erros commettidos. E á correção de um erro meu veem estas linhas.

Dando conta, em nota preliminar, dos meus estudos sobre a fauna cadaverica na Bahia, varias vezes chamei COMPSOMYIA MACELLARIA (*Fabr.*) a MUSCA MACELLARIA de FABRICIUS, conhecida mosca varejeira, assidua productora de myiase cavitaria entre nós, a qual álias eu já antes filiára, com a maioria dos autores, ao nome generico de CHRYSOMYIA. (1)

Não foi por simples alvedrio meu que adoptei a modificação. Cedi no caso á suggestão de uma autoridade, que reputei capaz de servir-me de guia seguro na materia. A mudança de designação, que acceitei, da *mosca macellaria* proveio do professor *Brumpt*, da ultima edição do seu *Précis de parasitologie*. De facto, o conhecido parasitologista na primeira edição de seu livro chamou, á pagina 608 e seguintes, a mosca em questão «CHRYSOMYIA

MACELLARIA (Fabricius 1794), dando-lhe como sinonímia: «*Musca macellaria* Fabricius 1794—*Lucilia hominivorax* Coquerel 1858.—*Compsomyia rubrifrons* Macquart.—*Somomyia montividensis* Bigot.—*Calliphora anthropophaga* Conil, 1878.» (2). Mas, na segunda edição (1913), ao revés de *Chrysomyia macellaria* graphou o illustre professor parisiense, á pagina 688: «*Genre COMPSOMYIA* Rondani 1875 » e, logo em seguida, «*Compsomyia macellaria* (Fabricius 1794) repetindo a sinonímia, já citada, da edição anterior. (3). A descrição do adulto e da larva, as referencias á evolução e ao *habitat* da especie permaneceram na segunda edição quaes eram na primeira. E até a gravura da mosca inserta á pag. 609 da primeira edição, reapareceu á pag. 689 da segunda, tendo por legenda, o que é interessante: «Fig. 495.—*Chrysomyia macellaria* femelle. D'après Manson» (4).

Está evidente, que a mesma mosca, chamada por BRUMPT, na primeira edição do seu *Précis*, *Chrysomyia macellaria*, foi christmada *Compsomyia macellaria* na segunda. E, pois, era forçoso concluir que BRUMPT, admittindo o mesmo typo (a *Musca macellaria* de Fabricius) para as duas designações genericas e preferindo a designação *Compsomyia*, considerava que o genero COMPSOMYIA de RONDANI devia prevalecer ao genero CHRYSOMYIA de FOBINEAU-DESVOIDY. E, porque só era licito pensar que o scientista francez houvesse ao seo dispcr documentos demonstrando a prioridade do nome generico preferido, com a natural confiança que a autoridade do illustre especialista me inspirava, acompanhei-o na reforma. (5).

Vejo que me enganei, pois a emenda me parece errada. Disto me avisa um dilecto amigo e patricio, que é reputada competencia na materia, ARTHUR NEIVA, do Instituto Oswaldo Cruz. E tem razão.

Possa conseguir a minha absolvição do peccado de ter adoptado a modificação sem cuidadoso estudo do caso, a intenção bonissima destas linhas, que pretendem evitar que outrem, sedusido, como eu, pelo irrecusavel merito do scientista francez, venha a incidir em igual culpa, concorrendo a propagar um engano, que encerra uma injustiça. São taes e tantas as sympathias de que gosam entre nós as opiniões do distincto parasitologista de Paris que o erro tem nellas seguros meios de larga propagação.

Examinando calma e cuidadosamente o assumpto, verifico que, na realidade, de accordo com as regras de nomenclatura zoologica que conheço, o nome generico que deve prevalecer é CHRYSOMYIA e não COMPSOMYIA.

Ha na nomenclatura zoologica, regulada pelos congressos internacionaes de Paris (1889) e de Moscow (1892), a seguinte lei: «O nome attribuido a cada genero e a cada especie deve ser o mais antigamente adoptado, comtanto, porem: 1.º que este nome tenha sido consagrado em uma publicação de modo claro e sufficientemente definido; 2.º que o autor tenha tido effectivamente a intenção de adoptar as regras da nomenclatura binomia». (6). Está, alem disso, resolvido que «um nome generico ou especifico, si for publicado, não pode ser abolido, embora não seja apropriado.» (7).

A prioridade do nome generico CHRYSOMYIA é manifesta: COMPSOMYIA data de 1875 (8), enquanto CHRYSOMYIA foi publicado, quarenta e cinco annos antes, em 1830 (9). E esta questão chronologica está bem claramente expressa numa recente publicação franceza, o ensaio de SURCOUFF sobre os dipteros vulnerantes da Venezuelá, trabalho em que á pagina 184 se lê o seguinte :

- «Genre CHRYSOMYIA. Robineau-Desvoidy (1830)»
 « = COMPSOMYIA. Rondani (1875)»
 « = PYCNOSOMA. Braner und Bergenstamm (1894)»
 « = PARACOMPSOMYIA. Hough (1898)» (10)

Ha mais ainda. CHRYSOMYIA é evidentemente o nome generico mais antigamente adoptado, porque mesmo a designação generica de LUCILIA (no caso de se pretender fundir os dois generos actuaes—*Lucilia* e *Chrysomyia*) é contemporanea delle e foi publicado pelo mesmo autor (ROBINEAU DESVOIDY) na mesma epoca, estando o nome generico CHRYSOMYIA referido paginas antes do nome LUCILIA.

Não resta duvida, pois, que o nome generico CHRYSOMYIA foi o mais antigamente adoptado, sendo «publicado de modo claro e sufficientemente definido» no *Essai sur les myodaires*, editado em 1830, e tendo o seu autor, ROBINEAU DESVOIDY, adoptado as regras da nomenclatura binomia.

Si o nome generico CHRYSOMYIA foi publicado quarenta e cinco annos antes do nome generico COMPSOMYIA, para adoptar este seria preciso demonstrar que o typo de ROBINEAU-DESVOIDY, para o genero CHRYSOMYIA não corresponde ao typo que servio de

base ao genero *COMPSONYIA* de RONDANI. Crear, por consequencia, um novo genero, differente, ao lado do genero *CHRYSOMYIA*.

Emquanto tal demonstração não fôr feita, o genero a que pertence a *mosca macellaria* deve ser

CHRYSOMYIA ROBINEAU DESVOIDY 1830

a especie devendo chamar-se

CHRYSOMYIA *MACELLARIA* (FABRICIUS)

e não *Compsomyia macellaria* (Fabricius) como eu a chamei (11), cedendo á suggestão de BRUMPT.

Não é preciso dizer que similhante corrigenda se applica tambem á especie nova, que supponho ter encontrado em cadaveres e que chamei erradamente *Compsomyia Lutzi* n. sp. (12):

CHRYSOMYIA *LUTZI*, *mih*i, é que deve ser.

Não se tenha esta questão de nomes por desprezível bysantinismo scientifico. Sem uma nomenclatura bem assentada e escrupulosamente cumprida e respeitada, não haverá meio de entenderem-se os entomologistas.

A dipterologia, pela insufficiencia das descripções, pela intemperança na criação dos generos e especies novas, pelo exaggero das synonymias, pela falta de pontos de referencia constantes e seguros, deve ser tida como o ramo mais difficil e complicado da entomologia. Que seria della si as designações genericas e especificas, si as regras de sua nomenclatura cedessen e vacillassem á mercê dos caprichos e das opiniões pessoaes de cada autor, por maior que fosse a sua competencia e o valor dos seus creditos de cientista?

REFERENCIAS:

- (1) O. FREIRE—ALGUMAS NOTAS PARA O ESTUDO DA FAJNA CADAVERICA NA BAHIA—Vol. XLVI—n.º 3 —Setembro 1914.
- (2) BRUMPT — PRÉCIS DE PARASITOLOGIE — Paris 1910. pag. 608.
- (3) BRUMPT — PRÉCIS DE PARASITOLOGIE—2.ieme edition—Paris 1913 pag. 688.
- (4) BRUMPT —Op. cit. 2.ieme edit. — Paris 1913 pag. 689.
- (5) O. FREIRE—Art. cit.
- (6) COLLAMARINI—BIOLOGIA ANIMALE — Milano 1900 pag. 35 (art. 44).
- (7) COLLAMARINI—Op. cit. pag. 3 (art. 53).
- (8) Vide o proprio BRUMPT — Op. cit. 2.ª edit. pag. 688: «*Compsomyia Ronui* 1875».
- (9) ROBINEAU-DESVOIDY—ESSAI SUR LES MYODAIRES—Paris 1830.
- (10) SURCOUFF ET GONZALEZ-RINCONES — ESSAI SUR LES DIPTÈRES VULNERANTS DU VENEZUELA. DEUXIÈME PARTIE —DIPTÈRES BRACHYCERES —Paris 1912 pag. 184.
- (11) O. FREIRE —art. cit. pag. 114 e seguintes.
- (12) O. FREIRE—art. cit, pag. 117 e seguintes.

Exame chimico das aguas potaveis

Pelo **Dr. João Ponde**

Algumas palavras sobre as emergencias da cidade da Bahia

(continuação)

Chloro.— A presença do chloro nas aguas da Bahia é para nós ainda uma questão difficil de explicar. O pouco tempo que tivemos para esses estudos, e a insufficiencia do numero das observações respectivas, não nos dão elementos para uma conclusão definitiva.

Dir-se-hia que, em relação ao chlorêto de sodio, as aguas da vizinhança do mar podem distinguir-se das dos pontos mais afastados do littoral: as primeiras, soffrendo a influencia daquella vizinhança, deveriam conter uma quantidade de chlorêto muito superior ás segundas.

Entretanto essa distincção regular não existe.

Até nas do mesmo grupo as proporções não teem uniformidade.

Analysando pôços e fontes na parte do littoral ao norte da cidade, notamos differença entre as respectivas proporções de chloro.

As fontes da rua do Bom Gosto da Calçada teem 0,0213 e 0,0228 de chloro, ao passo que nas vizinhanças da avenida Cons. Fernandes da Cunha uma tem 0,03195 e outra, 0,08875.

Entre os motivos dessa discordancia parece estar a situação do local alliada á constituição physica dos terrenos.

Effectivamente a Calçada e a península de Itapagipe

são uma conquista ao mar ou delle teem soffrido as incursões.

Além disso, e por isso mesmo, seu sólo é arenoso e mais permeavel, absorvendo mais facilmente as aguas marinhas nos pontos em que ellas se infiltram.

Bom Gosto é ainda silico-argiloso, constituído pelas terras dos morros a cujo sopé ellas se depositaram, e coberto de humo, que lhe difficulta ainda mais a capacidade de absorpção, restringindo-lhe a porosidade.

Dalli por diante, Calçada e Itapagipe constituem uma parte baixa, onde a cidade confina com a enseada, que a limita pelo norte, e com os morros que a cercam a nordeste.

Desta parte baixa de areia solta em uns pontos, de areia misturada com um pouco de argila e bastante humo em outros, alagadiça em alguns logares, emerge apenas um morro formado da rocha granitoide e coberto da terra silico-argilosa de que temos fallado — o Bomfim.

As aguas que dalli descem em canaes subterraneos e veem aflorar á beira da bahia, sentem os efeitos desta.

Em toda aquella região baixa as aguas do subsolo se aproximam muito da superficie, o que talvez concorra com a proximidade das antigas fossas das casas e a frequencia dos pantanos produzidos pelas incursões do mar, para a tradição de insalubridade que teve Itapagipe.

Muitas das fontes e pôços dessa zona têm abundancia de sal; outras, pelo contrario, teem relativamente pouco, segundo a maior ou menor facilidade das relações com a agua maritima.

A fonte da Massaranduba, por exemplo, cuja agua se apanha a poucos metros da costa, tem apenas 0,0117 de chloro, a par de 7 graus hydrotimeticos. E' potavel, apesar de sua cõr amarellada devida a influencias transitorias.

Esta cifra, se está acima da que deve ter uma boa agua, está entre nós nos limites das melhores e abaixo de outras tidas como boas.

Não lhe fez mal (ao menos apparente) a proximidade de antigo e mal cuidado cemiterio (abaixo do nivel do seu manancial), nem tambem sobre as suas qualidades exerce grande influencia o mar.

O manancial vem de ponto elevado, e seu leito de argila inclina-se para aflorar superiormente ao nivel das infiltrações das aguas do golpho.

Em Amaralina, Rio Vermelho, Ondina e Barra a influencia do mar revela-se sem discrepancia. Encontramos nos pões algarismos como gr. 0,2059, gr. 0,1524, 0,1284, cifras certamente elevadas e que não guardam entre si uniformidade.

Convém lembrar que as distancias não são as mesmas, e que a exposição dos logares influe sobre essas differenças de quantidade, porque além das influencias da diffusão, as pulverizações oceanicas se estendem a distancias consideraveis, e naturalmente os pontos menos expostos, pelo anteparo dos morros, devem soffrer pouco essa segunda influencia.

Logicamente, quanto mais directas são as relações com o mar, tanto maior é a influencia deste.

A agua procedente das rochas da rua do Pilar, la-deada pela montanha a pique, tem muito chloro, como se as vagas se insinuassem por ellas banhando a pedra.

A influencia do mar em geral propaga-se ao longe e, nessa propagação, intervem a força hydraulica do oceano de um lado, a acção capillar das terras e o phenomeno physico da diffusão entre liquidos differentes (agua doce e agua salgada) de outro.

Em virtude deste phenomeno, os chlorêtos do mar fazem-se sentir nas aguas continentaes conforme seu maior ou menor afastamento.

A diffusão, como a acção capillar, depende em parte da textura mechanica dos terrenos, variando segundo estes sejam de rochas desaggregadas — cascalho, seixos — pulverizadas — areias —, ou apenas fissuradas como as calcareas e as crystallinas.

Em parte tambem influe a inclinação do *substrato* impermeavel no sólo estratificado e a das rochas puras no sólo propriamente rochoso — granitico, metamorphico ou calcareo.

Comprehende-se que a diffusão e a infiltração obedecem tambem ás disposições dessa inclinação para o mar ou contra elle, e ao equilibrio dos lençoes subterraneos com a pressão hydrostatica do mar.

Uma acção contraria ás communicações maritimas deriva-se tambem da superioridade do nivel das esteiras ou canaes d'agua continental. Já por sua menor densidade, já pela situação dos terrenos, o nivel hydrostatico das esteiras e canaes sobranceia o nivel pelagico.

Se demais a camada de argila impermeavel ou de rocha desce em plano inclinado para o mar, todas as leis hydrostaticas influem para que as aguas maritimas apenas se estendam abaixo do nivel da esteira continental, ao passo que esta derrama as suas aguas no talude do oceano.

Sem embargo dessas acções contrarias, ou como resultado do desequilibrio de suas forças, como quer que seja, a influencia que se propaga pelas fendas das rochas pode ir muito distante, em contradicção apparente com a disposição exterior do logar.

Sendo taes fendas espaços mais vastos que os poros dos terrenos arenosos, a acção da maré se faz notar a maiores distancias, diz Imbeaux, tratando das fissuras das rochas calcareas.

“No poço artesiano do Hospital Militar de Lille, situado a $62\frac{1}{2}$ kilometros da costa, sente-se com 8 horas de atrazo a acção da maré”.

No valle do *Cuné* Debauxe et Imbeaux notaram que “as fontes e os bons poços (ao abrigo do chloro fecal e urinario, — porque muitos poços da aldeia deviam seu chloro a visinhanças mais perigosas que a do oceano—) continuavam a ter sal em quantidade notavel (de gr. 0,050 a gr. 0,100) em distancias de 15 a 20 kilometros do mar”.

Consequentemente, força hydrostatica do mar por um lado, capillaridade e inclinação do solo e diffusão pelo outro, são os agentes de cuja acção reciproca deriva-se o facto de que tratamos.

Sabendo-se que a materia organica de origem animal produz o chloro nas aguas, e que este pode ser o ultimo vestigio della, quando a grande distancia desappareceram os seus menos fixos residuos, é difficil determinar qual seja o seu papel] em casos como aquelles a que nos vimos referindo.

Ainda ahi a concomitancia dos nitratos nem sempre pode tirar as duvidas, porque sua presença em pe-

quena porção é toleravel, e pode depender de materia de procedencia vegetal.

Naquelles casos, mais que em quaesquer outros, são o ammonium e o acido nitroso os elementos mais fortes do julgamento.

Mas a difficuldade cresce tratando-se das emergencias da parte alta da cidade, muito acima do nivel do mar; não que essas mesmas forças que conduzem aquellas influencias ao longe, não as podessem dirigir em sentido ascendente, mas pela discordancia das proporções nas diversas especies estudadas.

Geralmente as nossas aguas teem uma quantidade sensivel de chloro, a começar pelas superficies.

A do Queimado, por exemplo, tem gr. 0,015 em media por litro, e dahí a variedade é enorme até a cifra de gr. 0,128; e não podem explicar talvez, as influencias maritimas.

Já vimos a quanto essas se podem estender por infiltração e por pulverização, mais o anteparo das montanhas é um obstaculo, a menos que se possa pensar sempre nas fendas de communicação — hypotese um tanto forçada —.

Outras, portanto, podem ser as causas provaveis deste phenomeno, tanto mais que oscilla com a probabilidade dellas, a proporção dos chloretos.

Falamos das contaminações.

Effectivamente nas emergencias afastadas de pontos perigosos e nos pòços não suspeitos, principalmente nas zonas distantes do centro urbano, o chloro paira em cifras diminutas, ao passo que, onde abundam os focos de poluição — as fossas ou outros quaesquer —, elle attinge aos numeros mais altos.

A analyse n. 2 de uma fonte em Brotas tem menos chloro que a agua do Queimado; a fonte do Gravatá, na baixa da rua dos Zuavos, tem gr. 0,128.

Sendo as nossas fontes mais puras relativamente pobres (relativamente entre nós) em chloro, parece que facil seria deduzir da quantidade delle a contaminação de muitas dellas.

Entretanto para nós a questão ainda não é bastante clara, e mesmo nos casos, onde parece que a origem maritima ou geologica não tem razão de ser, nem sempre podemos facilmente concluir por aquella hypothese, quando o excesso não coincide com outros vestigios de polluição, ao menos com os nitratos.

Casos ha porém em que essa duvida parece não existir.

Examinando duas emergencias nos terrenos do hospital S. João de Deus, a pequena distancia uma da outra, verificamos que na que saía da falha da rocha havia gr. 0,0355 de chloro e gr. 0,005 de nitratos. Nenhuma tinha nitritos nem ammonia, nem outros signaes de polluição. Ha, pois, razões para julgar uma inquinada de impurezas, e a outra não. Trata-se de um vicio local, porque do contrario soffreriam ambas, e de origem antiga para que já se tenha dado a nitrificação total das materias albuminoides.

Entretanto, posto que com as aguas positivamente inquinadas coincide o augmento do chloro, e Dienert, em sua *Hydrologie Agricole*, diga que no excesso desse elemento ha motivos bastantes para condemnação dessas aguas, nós não temos essa autoridade em quanto não podermos verificar com repetidos factos entre nós as bases da verdade.

Teremos, porém, taes aguas como duvidosas, e levaremos as pesquisas ao sólo, ao perimetro em que se acham, por ventura, os fôcos, e appellaremos para constantes exames bacteriologicos.

Do que estudamos, podemos apenas dar as seguintes conclusões geraes.

1.^a—As emergencias e os pôços visinhos do mar são geralmente ricos de chloro:

2.^a—As emergencias e pôços do centro da cidade teem delle proporções muito variadas.

3.^a—As proporções mais elevadas encontram-se nas emergencias e pôços conhecidamente polluidos.

4.^a—As fontes do perimetro, em geral ausentes de fôcos, teem relativamente muito pouco chloro.

5.^a—E' justamente fóra do centro urbano e fóra desses fôcos que se encontram as nossas boas aguas.

Nitratos—Como o acido nitrico representa o último termo da redução da materia organica, a sua presença testemunha o poder depurador do sólo, e é antes signal dessa depuração que de perigo actual.

Com a ausencia do chloro, a presença do acido nitrico traduz apenas a existencia passada de materia organica de natureza vegetal, e pôde ser encontrado nas aguas dos suburbios, onde a floresta existe; e, a menos que se trate de quantidade elevada, elle, sem o acido nitroso, ammonea e o chloro, não apresenta perigos.

Acido nitroso e ammonea.—Esses principios são commumente signaes de aguas más.

Da ammonea, diz Fodor, que é “a verdadeira medida da impureza das aguas subterraneas”.

E' preciso acrescentar que o é das impurezas

recentes, por isso que ella é um estado transitorio da fermentação organica, que vae caminhò da nitrificação.

(Continúa)

Considerações sobre o granuloma ulceroso acompanhadas de duas observações (1)

Pelo **Dr. Octavio Torres**

Preparador e docente livre de pathologia geral da Faculdade de Medicina da Bahia.

Enfermidade peculiar dos tropicos, o granuloma ulceroso venereo tem sido encontrado nas Antilhas, Guyanas, nos Estados Unidos da America do Norte, na Australia, no sul da China, no Brazil, etc.

Entre nós tem sido observado com maior frequencia no Rio de Janeiro, existindo observações em S. Paulo e agóra estas duas por nós estudadas na Bahia.

Não é, entretanto, parece-nos uma enfermidade muito rara entre nós, porquanto no curto espaço de mais ou menos seis mezes podemos observar dous casos, na mesma Enfermaria.

De etiologia obscura até pouco tempo, somente em 1913 foi isolado e cultivado o germem responsavel por esta doença pelos Drs. Henrique Aragão e o saudoso cientista Gaspar Vianna, ambos assistentes do Instituto Oswaldo Cruz.

(1) — Communicação á Sociedade Medica dos Hospitales da Bahia.

Acreditou-se que era de origem venerea dahi o nome de *granuloma venereo* pelo qual é tambem conhecido.

Esta denominação é impropria por quanto faz pensar ser a enfermidade contrahida no acto sexual, o que absolutamente não se dá.

Pensamos ser melhor a denominação de *granuloma ulceroso tropical*.

Mastland, citado por P. Manson, acredita que a enfermidade "pode ser inoculada em outras feridas de natureza venerea, taes como um botão ulcerado, podendo resultar uma lesão mixta".

Na nossa primeira observação o doente refere que a lesão actual desenvolveu-se em uma adenite venerea, que abriu por si.

Muitos microbios, bacterias (bacillo de Kock), protozoarios (espiroquetas refringens e pallidum), e até cogumelos têm sido accusados de ser os agentes productores do *granuloma ulceroso*.

Diz Le Dantec haver conseguido infecções tuberculosas fazendo inoculações em animaes com productos do *granuloma ulceroso*.

Donovan, em 1905, descobriu em esfregaços de lesões do *granuloma ulceroso*, grandes bacillos curtos de bordos arredondados, existentes em numero extraordinario nos preparados e medindo 2^{mm} por um de largura.

Elles existem ou espalhados nas preparações (extracellulares) ou em grandes cellulas mononucleares.

Quando as laminas são bem coradas distingue-se uma especie de nucleo alongado.

Contudo Donovan não affirmava que fosse este o agente responsavel pelo granuloma.

O mesmo agente foi mais tarde descripto por Siebert, em 1907, depois por Flu, em 1911 e no Brazil, 1912, por Eduardo Rabello, sendo tambem presente em preparações de todos os doentes observados por Henrique Aragão e Gaspar Vianna.

Nós o encontramos nos nossos dous casos.

Os dous ultimos autores acima referidos estudaram minuciosamente o microbio e chegaram á conclusão de que este apresenta, quando em repouso, uma forma approximada de pequenos coccus de 2 a 3 decimos de M. cercados de uma capsula, ou a forma de bastonete, de extremidades arredondadas ou de diplo-coccus ou alteras sempre envoltos de uma capsula.

A forma em bastonete, tendo 2 a 2,5 M. de comprimento, é a mais commum nos esfregaços e é a phase de divisão do microbio.

O parasita cora-se bem pelo Leishmann e pelo Giemsa, ficando bem vermelho (vermelho escuro, quasi negro), e a capsula, corada em vermelho, bem distincta do microbio.

Não toma Gram, mas tinge-se mais ou menos fracamente pelas côres da anilina.

Aragão e Gaspar Vianna propuzeram para este microbio o nome de *Calymmato bacterium granulomatis*.

E' facilmente encontrado e em abundancia em toda a extensão da lezão, sendo ainda mais frequente nos pontos de progressão d'aquella, diminuindo nas partes em regressão e tem sido achado nas lezões do granuloma por todos aquelles que o têm pesquisado.

Com o tratamento ou com a regressão das lezões, o parasita torna-se raro e desaparece.

Além deste microbio, nos esfregaços vemos os agentes das suppurações, *coccus, estaphylococcus, streptococcus, bacillos, etc.*, tendo sido também vistos *espirochetas, etc.*

De ordinario a molestia principia perto dos órgãos genitales, nas virilhas, no penis ou ao redor deste, no homem, na vulva ou grandes labios, na mulher.

A lezão começa por espessamento e elevação da pelle, sob a forma nodulosa, limitada e pequena.

A pelle que cobre a lezão inicial se adelgaça, gasta-se, ficando coberta apenas por um epithelio roseo, muito facil de ser destacado, deixando uma superficie vermelha, sangrando com facilidade e ficando ulcerada.

A ulceração é superficial comprometendo simplesmente a pelle.

A evolução do granuloma é lenta, demorada e procede de duas maneiras, ou por continuidade peripherica, ou por auto-infecção das superficies contiguas, que se põem em contacto.

Na nossa segunda observação, a evolução deu-se das duas formas indicadas, existindo ulcerações nummulares no escroto, que só podiam ser o resultado do contacto directo deste com a lezão primitiva situada na face interna da coxa.

Molestia localizada geralmente na região inguinal, face interna da coxa, triangulo de Escarpa, raphebulbo-anal, chegando ao perineu e até ao anus e ao coccyx, como na nossa segunda observação, ao pubis, extendendo se aos órgãos genitales, escroto e penis,

no homem, grandes e pequenos labios e até mesmo a vagina, na mulher, o granuloma ulceroso parece ter uma predilecção para as dobras naturaes, para as superficies quentes e humidas, conforme pensa Patrick Manson.

Nas lesões antigas, o centro é mais ou menos cicatrizado, não havendo porém a completa reconstituição da pelle, que é esbranquiçada ou rosea e retractil.

O contorno da lezão é serpiginoso, irregular e circinado.

Os bordos são elevados e roseos.

A superficie da ulceração sangra com facilidade.

Os ganglios lymphaticos da região não são atacados.

Ha secreção abundante de um liquido fétido e enfadonho, que suja as vestes do paciente.

Embora as lesões sejam grandes e extensas, o estado geral do individuo é de ordinario bom.

O diagnostico da molestia era feito pelos caracteres clinicos que apresentava e por exclusão.

Actualmente porém temos além dos exames anatomo-pathologico e bacterioscopico, um grande recurso, que é a cultura.

Aragão e Gaspar Vianna verificaram que o *calym-mato-bacterium-granulomatis* desenvolve-se bem no meio maltosado de Sabouraud, na gelose simples, desenvolvendo-se na gelose glycosada e lactosada com a producção de gases.

Desenvolve-se ainda na gelatina sem fluidifica-la, na batata, no leite, nos meios contendo liquido ascitico, sôro, etc.

A temperatura optima do desenvolvimento é a 37°.

Tem grande vitalidade, é aerobio facultativo e goza de propriedades fermentativas.

Os animaes inoculados com culturas puras (coelhos, cobaias, ratos, etc.) perecem no fim de 24 a 48 horas.

Fizemos do nosso primeiro caso observado culturas em meio glycosado de Sabouraud, porém não obtivemos resultado algum, tendo-se desenvolvido cogumelos banaes e microbios de suppuração.

Entre as ulcerações desta região, que se podem confundir com o granuloma, podemos citar: as ulcerações de origem syphilitica, as ulcerações tuberculosas, o lupus vulgar, o cancro molle serpiginoso.

As lesões da syphilis cedem facilmente ao mercurio, aos compostos do arsenico 606, 914, etc., e ao iodureto de potassio.

Como meio diagnostico desta molestia, além do exame clinico, podemos recorrer aos processos de laboratorio.

As lesões do granuloma tambem são confundiveis com as tuberculosas cutaneas.

De ordinario a tuberculose cutanea é uma molestia da juventude, sobrevem em individuos que apresentam outras affecções tuberculosas, ou em cujos antecedentes pessoas ou familiares encontra-se a tuberculose.

Raramente ataca os orgãos genitales e a virilha.

Quando data de muito tempo os doentes cahem em cachexia.

Nos esfregaços destas lesões encontramos o bacillo de Koch e quando estes não forem vistos, podem fazer-se inoculações na cobaia.

O campo da lesão é marmorizado.

A lesão não se estende tanto como no granuloma.

Das formas da tuberculose a de que tratamos é a que procede de modo mais benigno, cedendo a applicações de ether sulfurico, sulfato de cobre, clorureto de zinco, etc.

Como meios de diagnostico temos ainda as reacções á tuberculina (cuti-reacção e ophthalmo-reacção).

O lupus vulgar tambem é uma molestia da juventude, localiza-se ordinariamente na face e muito raramente nas virilhas.

São de ordinario placas ulceradas cobertas de crostas, e quando não estão ulceradas apresentam nodulos caracteristicos.

Ha infiltração profunda da pelle e são lesões indolentes.

No cancro molle serpiginoso encontra-se o bacillo de Ducrey e a affecção evolve rapidamente.

No granuloma como vimos além dos caracteres clinicos typicos, chronicidade, ausencia de cachexia, de tendencia para a morte, de compromettimento do systema lymphatico, etc., encontra-se o *calymmatobacterium-granulomatis*, podendo-se obter culturas em qualquer dos meios acima indicados.

Tratamento.—A difficuldade do tratamento do granuloma ulceroso estava provada pelo numero extraordinario de substancias medicamentosas applicadas localmente ou tomadas internamente, desde o mercurio ao 606 e 914, dos causticos chimicos mais activos do thermocauterio, os antisepticos mais variados á cirurgia, com raspagens, curetagens e mesmo a ablação completa quando possivel, aos raios X, que

foi o unico tratamento que apresentou resultados mais proveitosos, assim mesmo mui lentamente.

O granuloma resistia a todos estes tratamentos.

O doente da nossa primeira observação passou por quasi todos esses tratamentos sem ter conseguido resultados.

Os distinctissimos assistentes do Instituto Oswaldo Cruz, Drs. Henrique Aragão e Gaspar Vianna, após terem feito ensaios com uma vaccina de Wright, preparada com o microbio isolado das ulcerações do granuloma, porém sem resultados satisfatorios, empregaram as injecções intravenosas de tartaro emetico com resultado admiravel, tendo deste modo descoberto a medicação especifica do granuloma ulceroso.

Podemos dizer para o granuloma ulceroso como o Dr. Carlos Chagas disse quando se referiu á incurabilidade das *feridas bravas da Amazonia*, nas suas esplendidas — *Notas sobre a epidemiologia do Amazonas*— que as lesões do granuloma ulceroso eram incuraveis, e não o são agora, graças á instituição da cura infallivel da doença pelas injecções de tartaro emetico.

Podemos verificar nós nossos doentes o que acima acabamos de expor.

Os doentes de granuloma têm grande tolerancia para o tartaro emetico, pois na ultima serie de injecções feita no doente da nossa primeira observação, este supportou uma dose de 0,15 centgrs. sem ter manifestado a menor indisposição medicamentosa.

Os dous doentes por nós observados queixavam-se de forte prurido nas suas lesões pouco tempo após as injecções.

A cicatrização começa no fim de algumas injeções e pela parte central da lesão, que fica limpa, diminuindo e desapparecendo a suppuração e o microbio.

O tratamento deve ser *continuado* durante um mez após a completa cicatrização das lesões.

Isto é imprescindível para evitar as reincidencias, como aconteceu no doente da nossa primeira observação, que se retirou do Hospital assim que viu as ulcerações cicatrizadas.

Terminando estas ligeiras considerações sobre o granuloma ulceroso, resta-nos agradecer imensamente a gentileza do Dr. Caio Moura, illustrado Professor de Pathologia Cirurgica, e do nosso prezado amigo Dr. Fernando Luz, livre docente e assistente de Clinica Cirurgica, de ter consentido fazer pesquisas e estudos em doentes das suas clinicas e a deste ultimo principalmente por nos auxiliar no tratamento empregado.

1.^a *Observação*.—Izidro P. S., 30 annos, preto, solteiro. constituição forte, internado na Enfermaria de S. José do Hospital de Santa Izabel; natural da Bahia, ex-marinheiro nacional (foguista) entrou para a Enfermaria no dia 15 de Setembro de 1913.

Apresentava as seguintes lesões: uma grande ulceração, coberta de botões vegetantes, localizada na virilha esquerda, medindo 7 centimetros no maior diametro (transverso) e quatro no menor (vertical).

Esta lesão tinha os bordos ligeiramente circinados, a superficie granulosa, como dissemos acima, tendo quasi um centimetro de elevação e coberto de puz pouco fetido, sanioso. A outra lesão era localizada no prepucio, ao redor da glaude, havendo comprome-

ttimento de todo o prepucio (um anel de um centimetro e meio de largura ao redor da glande).

Esta lesão suppurava tambem e a superficie ulcerada estava coberta de botões carnosos após a retirada do puz. Elle soffreu no Hospital uma operação de postectomia, devido a ter se recolhido a esta casa de Caridade com uma serie de lesões no sulco balano-prepucial, que foram diagnosticadas como cancos molles.

O doente pouco asseiado, era portador da lesão inguinal seguramente ha dous annos, ainda quando marinheiro, tendo-lhe apparecido a bordo.

Contou-nos ter começado por uma pequena tumefacção, que se formára consecutivamente a uma adenite suppurada, aberta expontaneamente, e que já se tinha fechado, dizendo ainda que tendo feito, com um alfinete, uma punecção na referida tumefacção, dera sahida a grande quantidade de uma serosidade. A lesão era acompanhada de forte comichão.

Continuando a trabalhar como foguistâ a bordo, com falta de asseio e tratamento, a lesão augmentou muito, chegando ás dimensões então existentes.

A parte peripherica da lesão era muito pruriginosa.

Antecedentes hereditarios sem importancia. Quanto aos pessoas, porém, diz ter tido o seguinte: ha 8 annos rheumatismo, variola e ha 3 annos um pleuriz secco do hemithorax direito.

A lesão de que tratamos já tinha soffrido a acção de diversos medicamentos, taes como thermocauterio, sulfato de cobre, nitrato de prata, bichlorureto de mercurio, curetagens, etc.

Tendo visto o doente que estava na Enfermaria

de S. José a cargo do D. D. Prof. de pathologia cirurgica Dr. Caio Moura, soubemos pelo Dr. Tille-
mont Fontes, assistente, que a affecção não cedia a
tratamento algum. Propuzemos fazer uns esfregaços
e dar-lhe o resultado após o exame do material.

Fizemos então culturas em meios de Sabouraud e
em caldo simples e gelose, tendo ficado todos os tubos
contaminados pelos microbios pyogenicos (estaphy-
lococcus, estreptococcus, etc.).

Os esfregaços corados com Leishmann, Giemsa,
Jenner, deram-nos a confirmação do que suspeita-
vamos, pois encontramos elementos, que reconhe-
cemos serem iguaes aos que se vêem na gravura
do tratado de *Maladies des pays chauds*, de Patrick
Manson e na que acompanha o artigo publicado, sobre
Blastomycose e esporotrychoses, nos *Archivos Brasileiros
de Medicina de 1913*, pelo Dr. Eduardo Rabello,
relativo ao micro-organismo que consideram como
responsavel pelo granuloma ulceroso.

Tinham o seguinte aspecto: corpos elipticos
corados em roseo pela eosina, tendo as dimensões de
1,5 a 2, contendo no centro um nucleo, tambem eli-
ptico, porém mais alongado relativamente ao externo
e corado em vermelho escuro. — Estes corpos ou
elementos, em numero variavel, eram encerrados
no protoplasma de grandes cellulas mono-nucleares.

Existiam alguns elementos extracellulares espa-
lhados e dispersos nas diversas laminas examinadas.

No fim do anno passado tendo lido nas Memorias
do Instituto Oswaldo Cruz fasciculo II, 1913, os
resultados dos estudos feitos sobre o granuloma
ulceroso, pelos dous dignos assistentes do mesmo

Instituto, o Dr. Henrique Baurepaire Aragão e o jovem e desditoso scientista Dr. Gaspar Vianna, examinando de novo as preparações que tínhamos feito em Setembro do mesmo anno, pudemos então identificar o microparazita nellas contido com o das preparações reproduzidas nas estampas das citadas gravuras.

Já tínhamos lido no resumo das sessões da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e Sociedade de Dermatologia, tambem do Rio de Janeiro, publicados no Brazil, n.º 5 de 1 de Fevereiro de 1913 e em artigos publicados, nesta mesma revista medica, pelo Dr. Gaspar Vianna, que elle tinha observações de cura do granuloma pelo tartaro emetico.

Propuzemos então aos Drs. Caio Moura e Tillemont Fontes fazer o tratamento pelo emetico, o que foi acceito de bom grado e então com o Dr. Pirajá da Silva, illustrado professor de parasitologia da nossa Faculdade de Medicina, que na mesma occasião fazia injecções de tartaro emetico em doentes seus atacados de leishmaniose cutanea e das mucosas, fizemos quatro injecções.

No fim da segunda injecção o aspecto da lesão era inteiramente outro, pois não havia mais suppuração, a superficie da lesão ficara inteiramente limpa, e os botões começaram a tornar-se brancos com o aspecto de pelle desprovida de pigmento.

O comichão que era muito activo antes das injecções desapareceu completamente.

Queríamos fazer um maior numero de injecções por temermos uma reincidencia, porém após a quarta

injecção o doente pediu alta, retirando-se do Hospital, o que faz contra a nossa vontade.

Vimos este doente diversas vezes durante o resto do anno, conservando-se bem, isto é, sem reincidencia.

Este anno porém encontramo-lo em uma das ruas da Capital e communicou-nos que a ferida que, tinha fechado, estava aberta e existia mais duas outras nas virilhas.

Em Julho do anno, apresentou-se elle na Sala do banco do Hospital Santa Izabel para fazer curativo na antiga ferida que se abrira e mais duas outras, uma no escroto e outra na dobra existente entre o escroto, e a coxa esquerda. Estas lesões e a antiga da virilha apresentavam o mesmo aspecto: todas granulosas, com secreção sero-purulenta acompanhadas de forte comichão.

A lesão da virilha não estava ulcerada, porém apresentava um endurecimento em toda a sua antiga extensão e elevação de um centimetro acima da superficie do tegumento circumjacente.

Fizemos preparações das novas lesões abertas, encontrando nos diversos esfregaços examinados o *calymmato-bacterium granulomatis* de Aragão e Gaspar Vianna.

Aconselhamos ao doente que se recolhesse ao Hospital, o que fez em 6 de Julho do corrente anno, indo occupar o leito n.º 15 da Enfermaria S. José, do serviço clinico do nosso digno e estimado collega Dr. Fernando Luz.

Nessa Enfermaria com o mesmo distincto collega fizemos 8 injecções intravenosas do tartaro emetico, com resultados extraordinarios, porquanto na quinta

injecção todas as lesões estavam fechadas e a primitiva, que era dura e resistente (resistencia lenhosa) tornara-se molle como o tecido circumvisinho.

Dois dias após a quinta injecção apresentou febre 39° C, precedida de calefrio e seguida de suor, e pontada na região esplenica.

Por estes symptomas e por morar em zona paludica, examinamos o sangue afim de ver se encontravamos o hematozoario de Laveran. O exame foi positivo, forma terçã benigna, encontrando mais mononucleose.

Não fizemos outra medicação a não ser continuar as injecções de tartaro emetico, não sobrevindo entretanto, accessos febris.

Incidentemente fazemos notar o facto, que nos leva a pensar na possivel acção do tartaro emetico sobre o hematozoario do paludismo, sem que, entretanto, nos consideremos, por isso, autorizados a affirmal-a.

A quantidade total de tartaro injectada foi de uma gramma e tres centigrammas.

Dos doentes de leishmaniose e granuloma ulceroso que temos tratado este foi o que tomou uma maior dóse de tartaro emetico de uma só vez 0,16 centigrammas, e com grande tolerancia, pois não apresentou phenomeno algum de intolerancia após semelhante dóse.

Nas primeiras injecções este doente sentiu leve abatimento e ligeira cephalalgia, que passaram sem outra medicação.

2.^a *Observação.* — J. Costa, de 36 annos, pardo, solteiro, natural da Bahia, tropeiro, domiciliado em

Santo Amaro da Purificação, entrou para a Enfermaria de S. José em 13 de Fevereiro de 1914.

Este doente já tinha estado na enfermaria o anno passado, em Outubro, apresentando duas pequenas lesões, localizadas, na face interna da coxa direita, que tinham o aspecto de tuberculose cutanea e 5 a 6 mezes de existencia.

Fizemos o exame microscopico com resultados positivos, porém o doente não quiz esperar pelo tratamento, retirando-se logo do Hospital.

Este anno como se aggravasse a sua doença porquanto as lesões tomaram enormes proporções, recolheu-se novamente, indo para a mesma enfermaria de S. José.

Fizemos outra vez esfregaços e encontramos ainda o parasita do granuloma (*calymmato-bacterium granulomatis*) resolvendo começar as injeções do tartaro emetico.

Na sua historia progressa nada ha de importante.

A molestia actual começou diz o paciente por uma pequena ferida que lhe nascera na região inguinal direita, em cima de uma eczema, manifestações do intertrigo chamadas vulgarmente *calor*.

As lesões de *calor*, que elle se queixava eram localizadas nas virilhas e nas axillas, parecendo brotoejas e limitadas por uma linha mais vermelha.

Continuando na sua occupação de tropeiro, montado sempre, traumatizava a lesão primitiva, que se estendeu então a todo o triangulo de Escarpa, dobra inguinal, escroto, etc.

Ao recolher-se do Hospital em relativo estado de saúde, as lesões já eram contudo mui extensas.

Assim é que estavam comprometidas as regiões inguinal direita, cruraes (direita e esquerda), escrotaes e perineal até o anus.

Além desta extensa lesão haviam outras proximas, em numero de quatro. Estas ultimas lesões eram circulares, de 3 centímetros de diametro, e situadas na face interna das coxas, duas de cada lado, uma maior e outra menor.

Os bordos destas lesões eram recortados, franjados e descolados, em pequena extensão.

As superficies estavam cobertas de um exsudato sero-purulento, fétido. Após o curativo; apresentavam uma bella superficie vermelha. Quatro ou cinco horas após o curativo estavam novamente cheias de pús.

Em collaboraçãõ com o prezado collega. Dr. Fernando Luz fizemos no doente uma serie de 8 injeccões de tartaro emetico e no fim da quarta injeccãõ, o centro da affecçãõ, de cõr branca, já apresentava uma tendencia a epithelizaçãõ, que se estendia superiormente para a dobra inguinal.

Na oitava injeccãõ, embora as melhoras fossem notaveis, como ja estivesse algum tempo recolhido ao Hospital, e começasse a sentir dormencia nas pernas e ligeira perturbaçãõ da marcha, temendo beri-beri, aconselhamos a sua ida para um lugar a beira-mar, voltando assim que se achasse melhor para continuar o tratamento.

A locomoçãõ neste doente era difficil devido á extensãõ da lesãõ.

O doente durante a sua permanencia no hospital,

afim de apressar a cura, fez a nosso mando applicação de uma pomada á 211000 de tartaro emetico.

Melhorou com a applicação topica, mas devido as dores que sentiu não quiz fazer nova applicação do medicamento.

Com as injeções de tartaro a secreção sero-purulenta diminuiu muito, assim como as dores e comichão, a lesão diminuia sensivelmente estando reduzida a um terço.

Assim que desapareceram os symptomas que determinaram a sua sahida do hospital, o doente voltou a 20 de Maio do corrente anno.

As lesões estavam do mesmo tamanho, que na occasião em que deixou a Enfermaria.

Fizemos esfregaços e examinamos, não encontrando porém o parasita do granuloma.

Fizemos-lhe mais uma serie de 6 injeções de tartaro emetico ficando as lesões muito limitadas. Assim é que a grande lesão que compromettia as varias regiões da coxa, inguinal, perineal, anal e parte do hypogastro, estavam reduzidas a um centimetro o meio a dois centimetros, indo da região crural e inguinal direita e tinha a forma de meia lua, com as pontas voltadas para cima.

As outras lesões circumvizinhas estavam muito reduzidas nas suas dimeusões.

Este doente pediu alta, promettendo-nos voltar nos dias de injeção para continuar o tratamento, mas até hoje não tivemos mais noticias delle.

Por essa razão não tiramos a photographia após o tratamento como era nosso intento.

BIBLIOGRAPHIA

- Patrick Manson—Maladies des Pays chauds—1908.
- A. Le Dantec—Pathologie exotique.
Memorias do Instituto Oswaldo Cruz, tomo V
—fasciculo II—1913.
- Eduardo Rabello—Blastomycoses e esporotrichose—
Archivos Brasileiros de Medicina—1913.
- H. Beaurepaire Aragão e Gaspar Vianna—Sobre o
“granuloma venereum” e o seu microbio—
Brazil Medico n.º 28—1912.
- H. B. Aragão e Gaspar Vianna—Sobre o tratamento
do “granuloma venereum” pelo tartaro emetico
—*Brazil Medico* n.º 5—1913.
- Eduardo Rabello—*Brazil Medico* n.º 43—1913.
- Arthur Moraes—Sobre uma nova mycose—*Brazil
Medico* n.º 22—1912.
- Werneck Machado—Tratamento do granuloma tropi-
cal—*Brazil Medico* n.º 27—1914.
- Fernando Terra—*Brazil Medico* n.º 22—1913.
- Carlos Chagas—Notas sobre a epidemiologia do Ama-
zonas—*Brazil Medico* n.º 48—1913.
- Gaspar Vianna—*Brazil Medico* n.º 15—1914.
- E. Joanselme—Cours de pathologie exotique—1904.
-

ASSOCIAÇÕES MEDICAS

SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES
DA BAHIA

Sobre um caso de demencia paralytica.—O Dr. Euty-
chío Leal, livre docente de clinica psychiatrica e
director do Hospicio São João de Deus, apresenta á
Sociedade um doente de seu serviço clinico, attingido
de paralytia geral, diagnostico que é confirmado pelo
exame no paciente feito pelo communicante diante
da Sociedade.

Começa chamando a attenção dos seus collegas para
o caso que não seria uma raridade em outro meio
clinico, mas que na Bahia não é muito frequente.
Diz que o Hospicio que dirige e a clinica de Moles-
tias nervosas da Faculdade são na Bahia os principaes
pontos de encontro desses doentes; que naquelle
estabelecimento, no espaço de quatro annos, apenas
puderam registrar 9 casos; que na mencionada clinica,
em maior espaço de tempo estão mencionados 3 casos,
além de dous actualmente em observação; e que a
contribuição da clinica civil é muito menor.

A comparação desses numeros com as cifras
correspondentes nas estatisticas do Rio, São Paulo
e do Extranjeiro, tornam evidente que a paralytia
geral não é molestia frequente na Bahia.

Em seguida faz considerações sobre as difficuldades
do diagnostico da affecção, dada a multiplicidade de
apresentações clinicas de que se reveste, o periodo
da molestia, etc. e considera o problema do diagnos-

tico entre aquelles que merecem do especialista o mais demorado exame.

Estudada a genealogia do paciente e a sua vida progressa, passa a estudar os tremores dos labios, da lingua, da mão estendida, tremores involuntarios e que se accentuam tanto mais, quanto o paciente se esforça por evital os. Estuda com especial cuidado o phenomeno da dysarthria aconselhando que se a pesquise de preferencia nos discursos ordinarios do doente, por isso que a prova dos paradigmas pode dar falsos resultados, ou seja porque o paciente os repita bem ou pela impossibilidade de articular-los, dada a sua ignorancia, e outros factores. Distingue as perturbações arthrolalicas das psycholalicas; fala do mutismo que pode ser um phenomeno precoce e funcção do delirio ou de um disturbio psychosensorial, e de aphasia motora completa por propagação das lesões á circunvolução de Broca. Continuando o exame somatico entra a estudar os disturbios da refletividade, salientando as desordens da pupilla, para cujo exame recommenda especiaes cuidados, julgando necessario sempre que possivel o exame do fundo do olho, da accuidade visual, do indice de refração, etc.

Terminando o exame somatico, passa ao exame mental do paciente cujo humor é ordinariamente triste, embora por vezes se torne irritavel, sem justificados motivos. Assignala a ausencia de disturbios da ideação que é apenas tarda, demorada, como que denunciando o deficit psychico; fala da attenção

que ainda se exerce sobre si e o meio; mas de pressa fatigavel.

A unica funcção que apresenta reaes modificações é a memoria, phenomeno precoce, de subido apreço na diagnose. Não somente o doente não pode fixar as lembranças recentes como tambem évoca mal as lembranças passadas. A localisação no tempo é assás defeituosa nunca figurando datas nas suas narrativas.

Após largas considerações sobre o estado da memoria o Dr. Leal commenta o lei de Ribot que preside á dissolução da memoria, marchando progressivamente do presente para o passado, como se as lembranças se archivassem, se estratificassem por camadas. Mostra exemplos contrarios e diz com Joffroy e Mignot que na maioria das vezes a memoria age ao acaso, attingindo certa cathegoria de lembranças e respeitando outras, sem ordem, á maneira da areia que espalhada sobre um papel escripto, vae enxugando aqui, ali, acolá, conforme os pontos de contacto.

Mostra á Sociedade autographos do paciente, autographos que reuñem todos os erros e defeitos possiveis de serem commettidos por paralyticos geraes. Dá um grande valor ao exame da escripta por onde se denunciam as primeiras desordens mentaes, importancia que augmenta com a cultura do examinado. Ultima as apreciações que vinha fazendo sobre a a escripta dizendo que até o resultado negativo desta é de alta valia para o diagnostico, porque uma escripta perfeita, em um doente de 30 a 50 annos,

que apresenta esboçada ou já evidente uma *syndrome paralytica* faz excluir a *hypothese* de *paralyisia geral*.

Discorrendo ainda sobre o diagnostico do caso, ss. lembra o papel saliente, porem não unico, da *syphilis* na etiologia da *paralyisia geral*. Fala da reacção de Wasserman, dos seus resultados negativos na *syphilis nervosa* e aconselha que se a pratique sobre o liquido *cephalo rachidiano*, segundo os sabios conselhos de Ravaut.

Mostra a importancia diagnostica do exame do liquido *cephalo-rachidiano*, e discorre sobre a reacção de *hyperalbuminose*.

Tratando da *hyperlymphocitose* salienta o seu valor na differenciação de estados morbidos capazes de simular a *paralyisia geral* que é sempre (porque as excepções são rarissimas) acompanhada de *hyperlymphocitose* que não existe na *neurasthenia*, na depressão *melancolica*, na *dementia alcoolica*. O orador conclue pelo diagnostico de *dementia paralytica*, sobejamente confirmado pelo exame somatico, pelo exame mental e pelas provas do laboratorio, aconselhando que em condição alguma se emitta precipitadamente um tal juizo clinico, tantas são as possibilidades de erro sempre grave.

Gravidez complicada e fibroma. — Intervenção in-extremis. — Cura. — O Dr. Meuandro Filho fala sobre um caso da *preñez complicada de fibroma*.

A sua doente, M. J. S. A., entrada em seu serviço a 6 de Outubro de 1914, de 26 annos, parda, e solteira, tinha tido já um abortamento e um parto artificial, quando nessa terceira gravidez que estava a termo, procurou a Maternidade Climerio de Oliveira, da qual é director, e onde a mesma doente já estivera em 1912 em estado eclámptico. Com 36.2 de temperatura o pulso subira a 120 batimentos por minuto. O ventre se apresentava extraordinariamente augmentado de volume, com forma acuminada, isto devido á existencia de um neoplasma.

Pelo exame obstetrico, verificou-se tratar-se de uma gravidez com feto a termo e morto em apresentação do vertice e posição occipito-pubiana. Sacco rôto. Bacia perfeitamente normal. Tinha longas estrias pelo abdómen e grande edema da vulva. O utero contrahia-se esforçada e muito fracamente.

Emquanto isto, o estado da mulher se tornava mais e mais grave.

Vendo, pois, por todo o exposto, a indicação de uma intervenção rápida no sentido de libertar do feto morto o organismo materno, que já se podia dizer in-extremis, resolveu intervir á mão armada e das operações que podia praticar escolheu a basiotripsia por ser aquella que menores traumatismos devia causar á paciente.

O feto estava morto; isto, porem, diz o orador nada influuiu sobre o seu pensar, visto como praticaria a operação mesmo que não o estivesse, pois neste ultimo caso a applicação do forceps sempre

indicada não o seria, devido ás condições miseráveis da doente, produzindo-lhe a morte e consequentemente a do feto, talvez mesmo antes de terminada a intervenção. E é nisto que reside a importancia da sua communicação. Repete que o feto já estava morto, mais accrescenta que a basiotripsia sobre o feto vivo, coisa que sempre faz escrupulos ao parteiro, a ponto de muita vez perder a occasião precisa de intervir sabiamente é a unica operação que se impõe nos casos como o seu.

O puerperio da doente foi muito accidentado, como era de prever, com lochios fetidos, escuros e até purulentos, paralysis da bexiga, constipação, colicas uterinas, calafrios, hyperthermia e pulso varias vezes incontavel, filiforme.

A 25 de outubro tinha alta restabelecida de quasi tudo, e apenas um pouco abatida.

Posteriormente teve conhecimento de que nada occorrera de anormal depois de sua sahida.

Um caso de urticaria palustre.—O Dr. José Olympio apresenta um caso de urticaria palustre em que esta manifestação cutanea, coustitue symptoma unico. O doente após a ingestão de um calice de licor na noite do dia 22 de Agosto, sente prurido no braço direito onde verifica a existencia de papulas que desaparecem pouco tempo depois.

Chega a manhã do dia seguinte, quando após uma noite mal dormida resolve o doente ministrar-se um purgativo salino, e fazer lavagens intestinaes.

Pela tarde, volta o prurido com papulas que são já generalisadas, e de maiores dimensões. Neste momento estas manifestações cutaneas, se fazem cortejar por manifestações mucosas: São vomitos que apparecem com fortes dores no epigastro, onde a pressão digital exploradora é intoleravel.

Estes phenomenos gastricos são de uma intensidade notavel, levando o doente antes a bromatophobia que á inappetencia.

A antiseptia intestinal é feita intensiva por lavagens intestinaes e *per os*, como são tentados os antispasmodicos.

Merece particular attenção do nosso doente a agua chloroformada que lhe dá certo alivio no momento do accesso, quando as dores gastricas culminam.

O professor Fróes em visita ao paciente lembra a possibilidade da *filariose* e para verificá-la leva ao microscopio umas gotas de sangue. Não encontra filaria, mas sim formas grandes e pequenas do hematozoario da *terça benigna*.

E' administrada a quinina e todas as manifestações desaparecem por completo e por uma vez.

—O Prof. Fróes diz que este caso vem provar a necessidade do hemo-diagnostico, porquanto só elle, após 10 dias de duvidas, por isso que a principio esta urticaria era capitulada de intoxicação

gastro-intestinal, veio mostrar positivamente a existência de hematozoários responsáveis pela urticaria.

Quanto á pathogenia, pensa que esta manifestação palustre, verdadeiro dermo-paludismo, é duvida á presença de toxinas elaboradas pelos hematozoários.

Tratamento da coxite tuberculosa: — O Prof. Caio Moura apresenta um doente curado de coxite tuberculosa, dizendo que para os casos simples da coxalgia, basta a applicação do aparelho gessado; no caso presente, porém, as manifestações do mal eram intensas, com febre, suppuração e fistula.

Depois de descrever a evolução do mal em seu doente, declara que não havendo obtido melhora com a applicação do aparelho immobilizador após cinco e meio mezes de seu uso, e havendo formação de multiplos abcessos, recorreu á heliotherapia marinha, obtendo resultados de completa cura, conforme foi verificado pelos demais collegas.

(SESSÃO DE 25 DE OUTUBRO DE 1914).

Com a palavra o Dr. Alfredo Magalhães (1) diz aproveitar o facto de occupar-se a Sociedade com o

(1) P. S. Offereceu aos confrades presentes 40 exemplares de um escripto seu sobre o assumpto.

tratamento da *coxite tuberculosa* para fazer algumas considerações e apresentar 2 doentes do seu serviço hospitalar.

As considerações começaram por encarecer o recurso, realmente admiravel, de que hoje dispomos com o emprego da *heliotherapia*, da *cura de sol*, no tratamento não somente da *coxite*, mas ainda de todas as manifestações osseas, articulares, cutaneas, etc. Neste particular dá testemunho de grande e variado sortimento de casos clinicos, nos quaes os efeitos deste tratamento erão magnificos, que teve oppor-tunidade de ver, em Leysin, nos serviços do professor Rollier, em 1913.

Como se podem obter estes efeitos pouco conhecidos ainda, entre nós, attesta o caso que acaba de ser apresentado á *Sociedade* pelo digno consocio Dr. C. Moura.

Traz ao conhecimento da *Sociedade*, a proposito da *coxite tuberculosa*, os bons efeitos que alcançou no tratamento desta affecção com o emprego das injecções intra-articulares de ether-iodoformado e oleo camphorado creosotado.

O caso que apresenta é um attestado do seu valor. A cura foi alcançada, em 20 mezes, perfeita (anatomica e physiologica); a doente tem a marcha perfeita, como podem verificar os confrades.

Insiste na necessidade do *diagnostico precoce*, por exame attento do doente, de modo a serem evitadas

perdas de tempo inúteis, que somente darão ganho á molestia, em progredimento.

Refere-se tambem á necessidade de um exame minucioso e cauteloso, quando em presença de abcessos das articulações ou de suas visinhanças, de modo a ser evitada a abertura a *canivete* de abcessos frios por congestão, o que representa um desastre profissional. Tem tido occasião de ver mais de uma vez, intervenções indebitas desta natureza.

Encarece a preferencia da immobilisação pelos appparelhos gêssados sobre a extensão continua, que reclama uma vigilancia intensa, feita por pessoa dedicada e intelligente, o que nem sempre é facil conseguir.

Refere-se ainda ás dores articulares com exacerbações nocturnas, simulando ás da syphilis, que podem ser observadas tambem na *coxite tuberculosa*.

E, terminando, insiste pelas vantagens para o tratamento da molestia:

a) do *diagnostico precoce* do mal, seguido de um tratamento immediato convenientemente dirigido.

b) da *não abertura dos abcessos*, que se formam, a *canivete*, impedindo-se tambem a abertura espontanea, devendo ser empregada a punção, que poderá ser acompanhada de injeções proprias.

c) do uso das injeções intra articulares, mesmo desde o inicio do mal, como recurso valioso para encurtar o tempo do tratamento, sempre longo.

d) de ser dado ao doente, durante o tratamento, estar o *mais possivel*, ao ar livre e á luz.

Notas a proposito de um caso de lesão fortuita operatoria dos ureteres.—Dr. Adeodato de Souza relata um caso de lesão transversal do ureter esquerdo no curso de uma laboriosa laparotomia por annexite chronica bilateral e retro-flexão do utero, na qual fez a metrorraphia circular sobre a sonda introduzida pelas extremidades seccionadas, cobrindo, em seguida, a superficie operada com uma lamina peritoneal, formando, por assim dizer, um *meso-ureter*. A sonda foi deixada de permanencia durante oito dias. Não tendo sido possivel exteriorisar pela urethra a extremidade vesical da sonda, o orador aguardou as eventualidades, mantendo a assepsia vesical pelas lavagens de nitrato de prata, até que, no quinto dia, apresentou-se no meato a extremidade da sonda, que foi então exteriorisada e fixada por um fio de seda.

Retirou a sonda oito dias após á operação, sem signal de fistula ureteral. A doente retirou-se curada um mez depois e foi revista decorridos quinze dias da data da sahida, não apresentando incommodos dignos de nota.

O orador discute as vantagens das differentes operações mutilantes e conservadoras que se têm aconselhado em casos de lesões operatorias dos ureteres, defendendo a ureterorrhaphia circular sobre a sonda de permanencia:—1.º, por ser uma operação conservadora; 2.º, por ser expedita e não offerecer grande difficuldade na execução; 3.º, por ser appli-

cavel á maioria dos casos; e 4.º, enfim, por não expôr, si rigorosamente cuidado o periodo post-operatorio, á infecção ascendente.

A censura que se pode fazer de possivel ulterior estenose ureteral, não lhe é exclusiva; pertence mesmo á mais cotada das operações, no suffragio dos cirurgiões estrangeiros e, entre nós, julga ser o primeiro caso.

Por ser escassa a experiencia de cada cirurgião a respeito, pela raridade da occurrencia de casos taes, esta observação constitue uma contribuição de incontestavel valor para a questão do tratamento immediato das lesões fortuitas dos ureteres nas laparotomias.

SESSÃO DE 6 DE DEZEMBRO

A tocanalgina no trabalho do parto.—Dr. Menandro Filho communica que empregou na Maternidade Climerio de Oliveira o novo producto francez *tocanalgina*, o analgesico heroico contra as dores do parto, numa primipara em adeantado trabalho e que soffria de dores violentissimas traduzidas por gritos lancinantes. Feita a injeção intramuscular na face externa do terço medio da coxa esquerda a sensibilidade á dor foi quasi que instantaneamente abolida, não prejudicando em nada as contracções que continuaram com a mesma frequencia e a mesma energia.

Vinte minutos depois dava-se o parto sem accidente por menor que fosse para o lado materno ou para aquelle do feto. Como prova do poder anesthesiante, da tocanalina a experiencia nada deixou a desejar. Alguns parteiros, porém, dizem que, de ordinario, o feto nasce apneico, coisa esta que vae de vencida com os meios costumeiros uzados em taes casos. Consoante a isto nada pode dizer pois que si é verdade que o feto do parto em questão nada apresentou de anormal, a menos que se levem em conta ligeiros vomitos no dia immediato ao nascimento, da sua observação nada pode inferir de positivo em razão do feto somente ter parasitado durante 20 minutos no organismo materno então sob a influencia da nova therapeutica. E' provavel que esses accidentes para o lado do feto se manifestem nos partos em que foi exigida uma demorada anesthesia ou antes, em que houve necessidade do emprego, de toda a dose de tocanalina o que garante a ausencia da dôr durante dez horas.

Passa a tratar do medicamento em si e diz então que como acontece com todos, nada ou quasi nada sabe a respeito.

Pensa, porém, como os outros parteiros que, em vista dos resultados obtidos nas experiencias feitas deve ser usado o medicamento.

—O dr. Albino Leitão diz que o seu descobridor é um grande mystificador pois que até hoje não deixou transparecer siquer o segredo de sua composição; que as amostras por elle fornecidas aos labo-

ratorios de analyse francezes são inteiramente dessemelhantes, de maneira que os resultados das analyses praticadas differem totalmente entre si. Assim sendo é de opinião que se não deve empregar a tocanalgina.

—O dr. Maltez mostra-se contrario á opinião do dr. Leitão e acha que, a despeito do allegado, se a deve empregar attendendo aos resultados obtidos em outros logares.

Sobre dois casos de otorrhéa chronica.—O dr. Eduardo de Moraes apresenta dois doentes de otorrhéa chronica curados pela operação do esvaziamento petromastoideo, num dos quaes teve opportunidade de verificar as vantagens que ha em evitar no tratamento post-operatorio a introducção de tampões de gaze mais ou menos volumosos na cavidade ossea, preferindo tão somente as insuflações de pó de acido borico.

No segundo caso foi-lhe dado observar dois dias depois da intervenção uma nevrite do facial, seguida de paralytia, verificada somente 48 horas após a operação, não poderia estar sob a dependencia de uma sessão do nervo, accidente sempre possivel no correr de uma operação da ordem daquella que foi praticada. Nos casos verificados de paralytia por secção, esta sempre de nota logo depois da intervenção, mas por outro lado, as paralytias consecutivas a uma compressão ou inflammção do nervo

são ordinariamente passageiras e de curta duração, attingindo raramente um espaço de tempo tão longo como o que foi observado no seo doente.

Tendo sido a operação realisada ha mais de quatro mezes ainda hoje persistem alguns vestigios do máo funcionamento do nervo embora em via de completo desaparecimento. Chama pois a attenção para o facto, procura mostrar que a duração mais prolongada da paralytia não deve fazer perder em todos os casos ao cirurgião as esperanças de um restabelecimento completo, porque este ainda se pode verificar.