

GAZETA MEDICA DA BAHIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Vol. XLVII

AGOSTO e SETEMBRO 1915

Ns. 2 e 3

Lição de abertura de curso de Clinica Pediatrica Me- dica em 1915.

Pelo Prof. MARTAGÃO GESTEIRA

Meus Senhores!

E' praxe que sempre se fez na nossa e em outras Faculdades respeitada a das lições de abertura de curso, nas quaes ao iniciar dos annos lectivos lembram os professores aos seus novos alumnos a importancia da materia que lhes cabe ensinar e indicam a orientação a que deve o curso obedecer.

E essa pragmatica tanto mais se impõe aqui imperiosa quanto, no nosso caso, não são somente novos os alumnos e sim tambem o docente, que inaugura com a lição de hoje a sua effectividade no magisterio superior, que até então só lhe fôra dado exercer em curtas substituições, respigando em alheias seáras, cumprindo alheios programmas, trilhando rotas por outros tracejados.

Cabe-lhe agora, pela vêz primeira o desempenho de programma proprio e a responsabilidade da orientação exclusiva do curso de uma das mais importantes cadeiras da nossa Faculdade.

Justo é, pois, que neste primeiro encontro do novo

professor e dos novos alumnos da clinica pediatria medica e hygiene infantil, diga aquelle a estes, a guiza de lição inaugural, qual a importancia da especialidade em cujo estudo lhe cabe guiar-lhes os primeiros passos.

Julgando-me dispensado de apontar - vos aqui a orientação a que vae o nosso curso obedecer, uma vêz que ella consta do programma por mim apresentado á Congregação e que deve ser conhecido dos senhores, começarei discutindo até que ponto se deve considerar a clinica pediatria como uma especialidade e em que razões se funda a conservação no curso medico de uma cadeira especial de molestias de creanças.

Si me perguntasseis o que penso sobre dever ou não a clinica pediatria ser considerada uma especialidade, variaria a minha resposta consoante á interpretação que desseis a essa designação de *especialidade*.

Com effeito a lei que rege actualmente o ensino medico, divide em duas classes as cadeiras de clinica, designando pelo titulo de *clínicas geraes* aquellas a cujo conhecimento faz obrigados todos os medicos, taes como a *clinica medica de adultos*, a *cirurgica*, a *obstetrica* e a de *molestias nervosas*, e *clínicas especiaes*, ou *especialidades*, entre as quaes a *ophthalmologia*, a *oto-rhino-laryngologia*, a *gynecologia* e a *pediatria*, julgados pela lei, ao que parece, como elementos de segunda ordem na instrucção geral do pratico, uma vez que não tornou o exame, para ellas, obrigatorio.

Desse modo interpretada a palavra especialidade,

isto é, tomada como synonyma de clinica especial no conceito da lei, não poderia deixar de ser negativa a minha resposta a consulta sobre a inclusão da pediatria no rol das especialidades, uma vez que eu julgo o seu estudo tão necessario a instrucção do profissional quanto o das clinicas medica e cirurgica geraes, até porque, como de sobejo o provam as estatisticas, as creanças constituem 1/3 dos doentes da clinica geral.

Já alhures (1) o disse e aqui o repito agora: eu comprehendo que ao medico seja licito mostrar-se extranho a certos segredos da ophtalmologia, da otorhino-laryngologia, da gymnecologia, segredos que são apanagio dos especialistas, mas não lhe poderia perdoar si elle é clinico, si se entrega á pratica da medicina geral, que não estivesse bem a par dos segredos especiaes que constituem a bagagem do pediatra e que por falta desses conhecimentos ficasse privado de prestar com segurança e consciencia os seus serviços ás creanças para quaes terá de ser amiúde consultado.

O estudo da pediatria deveria ser, pois, considerado como uma espécie de addendo obrigatorio á cadeira de clinica medica, um complemento indispensavel a instrucção geral do pratico e como tal outro deveria ser o seu lugar na seriação das materias componentes do curso medico:

E é assim que eu aproveito logo para fazer o meu

(1) *Martagão Gesteira* — Discurso de posse na Faculdade em 1914.

protesto, contra a incoherencia absurda da lei, que só no sexto anno considera o alumno habilitado ao exame de clinica medica, mas lhe permite submeter-se ao exame de clinica pediatria no 5.º anno, sem cogitar de que para tal exame tem o alumno necessidade de todos os conhecimentos indispensaveis ao exame de clinica medica e mais outros que constituem o apanagio da especialidade, pois que a pediatria medica não é menos do que a clinica medica de adultos accrescida da parte especial á infancia.

Mas agora se quizerdes dar á palavra especialidade a sua justa e verdadeira significação, qual a de designar um ramo da medicina que implica a necessidade, para aquelles que o querem exercer, de conhecimentos especiaes, conhecimentos que não podem ser ministrados com o ensino da clinica medica geral e sim em uma cadeira especial, então não ha a negar que a clinica pediatria constitue e deve constituir uma especialidade.

Eu sei bem que, mesmo desse modo interpretada, a questão tem sido debatida e se tem querido negar á pediatria os foros de especialidade e contestar a necessidade da conservação nos cursos medicos de uma cadeira especial de clinica infantil. Mas esta these não poderia ser vantajosamente sustentada, pois contra ella militam fortes e fartas razões.

Não é, como á primeira vista poderieis pensar, que a pathologia da creança seja inteiramente diversa da pathologia do adulto: ao contrario disso uma é quase sobre a outra calcada e quase as mesmas entidades morbidas e quase as mesmas syndromes clinicas

que compõem o quadro tão fértil e complexo da nosographia do adulto, enfeixam o acervo da nosologia infantil.

E si eu ponho nessa identidade das duas pathologias a restricção de quase é simplesmente porque varia a frequencia de cada entidade clinica de accordo com as aptidões morbidas proprias á idade: é assim que ha molestias que só se encontram na infancia, outras que si bem que existindo na idade adulta são extremamente mais frequentes no periodo infantil e ainda outras que encontradiças na nosologia de adulto são em extremo raras si não desconhecidas, na pathologia infantil.

Entre as primeiras eu vos mencionarei o rachitismo, o estrophulus a athrepsia.

Entre as segundas contam-se as febres eruptivas, com especialidade o sarampam e a escarlatina, a diphtheria, a coqueluche, a broncho-pneumonia, as vegetações adenoides, o laryngo espasmo, a polyomyelite anterior aguda ou paralysisa espinhal infantil e a paralysisa pseudo-hypertrophica.

Dentre as ultimas eu apontarei a arterio-esclerose, o atheroma arterial, o aneurysma, o cancer e outras.

E já que vos fallei destas aptidões morbidas dependentes da idade, deixae-me dizer-vos, logo, que ellas fazem sentir variantes dentro do proprio periodo infantil, tanto assim que Goubert, citado por Figueira, classifica do seguinte modo as predisposições morbidas da creança:

De 0 a 6 mezes:—Epoca athrepsica.

De 6 mezes a 2 e $\frac{1}{2}$ annos:—Epoca evolutiva de predisposição morbida e epoca diathetica.

De 2 e $\frac{1}{2}$ a 5 annos:—Epoca diatheso-epidemicã.

De 5 a 7 annos:—Acalmia morbida ou de transição.

De 7 a 10 annos: Vitalidade normal.

De 10 a 15 annos:—Rheumatismo cardiaco e vitalidade normal.

A' primeira destas phases deo Goubert, a designação ao meo vêr muito exclusiva de epoca athrepsica, porque na sua pathologia domina a athrepsia, essa cachexia especial, consequente ás perturbações digestivas, assignalada por Parrot e que não deve ser confundida com as atrophias simples da infancia (atrophia primitiva de Bendix; hypo-atrophia de Variot) das quaes a separam caracteres clinicos especiaes que nitidamente a distinguem e a individualizam, senão como entidade morbida definida como o queria Parrot, pelo menos como uma syndrome clinica especial e apanagio dos tres primeiros mezes da existencia.

Nesta phase da vida são muito raras as diversas molestias infecciosas especificas; excepção feita para o caso de nascer a creança já infectada, parecendo até que nestes primeiros mezes gcsa o lactante de uma verdadeira immunidadade contra as varias infecções, phenomeno cuja explicativa parece em parte encontrada na transmissão ao feto dos anticorpos e immunitinas fabricadas no organismo materuo (Marfan), substancias estas, porém, que são eliminadas dentro de pouco tempo desapparecendo então a immunidadade do lactante, cujo organismo si alberga temporaria-

mente substancias defensoras fabricadas no organismo materno não nas pode, entretanto, elaborar ainda por sua propria conta.

Todavia a raridade das infecções especificas nessa phase e sobretudo na immediata, não teve por causa esse factor unico e sim principalmente o facto de viver a creança nos dous primeiros annos relativamente isolada, escapando assim ao contagio directo, mercê do qual taes affecções são de ordinario contraídas.

O contrario disso ocorre na terceira phase, isto é, dos 2 e $\frac{1}{2}$ aos 5 annos, epoca na qual está a creança muito exposta ao contagio, porque já não mais confiada ao berço e aos braços maternos ou da nutriz, o que lhe assegurava o relativo isolamento nas duas phases precedentes, pode facilmente pôr se em contacto com os germes especificos, que tanto mais facilmente determinarão a infecção, quanto nessa phase da existencia o organismo não se acha ainda immunisado por um ataque anterior da molestia, como sóe acontecer na idade adulta, na qual como se sabe, muitas dessas molestias, a coqueluche e certas febres eruptivas, por exemplo, se mostram raramente graças á existencia de um ataque progressivo, soffrido durante a infancia.

São tambem frequentes, nesse periodo da vida, as manifestações diathesicas, sobretudo as da diathése neuro-arthritisca, taes como o eczema, a asthma, a obesidade, o diabetes, a enxaqueca, etc., de sorte que é bem achada aqui a designação proposta por Goubert, de epoca diatheso-epidemicca.

Nas duas phases immediatamente seguintes estas manifestações quer diathesicas, quer epidemicas são menos encontradiças.

A 5.^a phase, comprehendida entre os 10 e 15 annos, não desmerece o seo nome, por ser das epochas da infancia aquella na qual mais de ordinario se observam as manifestações da polyarthrite rheumatismal especifica, que tem na infancia a originalidade de ser tão benigna na apparencia quanto grave na realidade, em consequencia do compromettimento frequente do coração, que, no rheumatismo da creança, se comporta, segundo Bouillaud, como uma verdadeira articulação.

Resalvadas, portanto, essas differenças na frequencia das molestias, consoante ás predisposições particulares á cada epocha da vida, pode-se de modo geral affirmar que a pathologia da creança se compõe das mesmas entidades clinicas que a pathologia do adulto. Mas si as molestias são quase as mesmas na infancia e na idade adulta, outro e muito diverso é o modo por que ellas evoluem naquella primeira epocha da vida, de maneira tal que o seo reconhecimento se torna por vezes bem ardua tarefa.

Eu poderia, em apoio desta assertiva, citar-vos numerosos exemplos; mas, que me baste de apontar-vos dous que me parecem bastante comprobatorios:

A tuberculose pulmonar que estaes habituados a encontrar sob a forma de focos mais ou menos extensos de condensação a principio e em seguida de excavação do parenchyma pulmonar, raramente se apresenta nas creanças sob esta forma, afivelando

frequentemente a mascara de um catarrho bronchico banal, para vos surprehender mais tarde com o quadro apparatuso e já irremediavel da localisação meningéa.

A febre typhoide que se mostra no adulto, com o seo cortejo classico de symptomas mais ou menos apparatusos, com o seo traçado thermico a afastar-se pouco do traçado padrão de Winderlich, evolúe na creança sem vomitos iniciaes, sem diarrhéa, sem manchas roseas, por vezes sem esplenomegalia, e com uma curva thermica das mais irregulares, tomando amiude a feição de um simples embaraço gastrico febril, diagnostico não poucas vezes estabelecido, caso este no qual, mais do que nunca, se justifica a phrase, um tanto exagerada do saudoso Conselheiro Ramiro Monteiro, que affirmava dever o clinico fallar antes de *embaraço medico* toda vez que quizesse fallar de *embaraço gastrico*.

E essa differença no modo de evoluir dos processos morbidos consoante á idade, é sobretudo apreciavel para as molestias agudas, deformadas na sua exteriorisação clinica pelos três factores magistralmente estudados no primeiro volume da *Pratique des mal. des enf.* pelo prof. Marfan: participação frequente do systema lymphatico; frequencia e gravidade das septicemias; intensidade e diffusão das reacções morbidas.

A permeabilidade extrema do aparelho lymphatico na primeira infancia, tornando facil a penetração dos germes que conseguiram franquear a barreira cutanea ou mucosa, explica o papel preponderante

representado pelos ganglios lymphaticos na evolução dos processos infecciosos daquella idade. A' mais ligeira infecção os ganglios se tumefazem e o seo compromettimento assume papel preponderante no quadro morbido, a ponto tal que farta vez, passa despercebida a porta de entrada, cessada a encenação morbida ao seo nivel, para proseguir apparatusa nos ganglios onde se foram acantuar os agentes morbidos.

Não constitue tambem uma particularidade menos interessante da pathologia da primeira infancia a frequencia e a gravidade extrema das septicemias, phenomeno facilmente explicavel quer se admitta como causa dessa mais facil pollulação microbiana no sangue infantil a pobreza desse em leucocytos, phenomeno verificado por muitos pesquisadores e explicavel por estar a medulla ossea, aliás relativamente mais volumosa na creança do que no adulto, empregada principalmente na constituição do esqueleto; quer a menor proporção de alexina existente no sangue da creança, segundo Lesné e Gandeau; quer a menor alcalinidade dos humores infantis e a mais intensa glycomia nessa idade; quer finalmente a falta dessa immuniidade que as infecções repetidas criam no organismo do adulto.

Mas os factores que sobretudo concorrem para mascarar a exteriorisação dos processos morbidos na infancia, são a vivacidade e a diffusão das reacções organicas.

Incompleto ainda o desenvolvimento do cerebro, a acção phrenadora que elle exerce normalmente sobre

a medulla, não se faz ainda sentir na creança, donde resultam reacções nervosas em extremo intensas phenomenos reflexos exageradissimos sem proporção alguma com a insignificancia da causa que os poz em jogo. Uma irritação intestinal ligeira que no adulto não determinaria mais do que uma descarga diarrheica, um alfinete que se crava no corpinho da creança, bastam muitas vezes para determinar um violento ataque convulsivo. A proposito disto eu vos posso citar um facto por mim observado ha algum tempo.

Chamado para vêr uma creança, de 3 annos de idade, encontrei-a com temperatura de 39 1/2, prostrada, olhar vago, nuca rigida, ventre retraido e obstinadamente constipado, vomitos e ligeiros sobresaltos convulsivos: Os commemorativos eram de todos falhos affirmando-se me que a creança não se havia desviado, mesmo ligeiramente, do seo regime alimentar habitual. O exame physico tambem foi parco em dados esclarecedores, mas tratando-se de uma creança debil, sujeita a frequentes bronchites, portadora de vegetações adenoides que deveriam, dahi ha dias, ser operadas por um especialista, assaltou-nos o espirito a ideia da meningite tuberculosa, ideia que tivemos entretanto a prudencia de não transmittir á familia. Passou-se todo o dia neste estado, tendo a creança vomitado o purgativo e regeitado limpos, isto é, sem fezes, os clysteres que lhe foram administrados.

A' tarde augmentaram as convulsões, mas á noite tinha um outro clyster glycerinado acarretou uma

descarga fecal e de mistura com as fezes expellio a creança algumas uvas quase inteiras, pericarpo e polpa apenas ligeiramente machucados. Dentro de poucas horas cessaram todos os phenomenos e o quadro esboçado de meningite apagou-se por completo. Tratará-se, pois, de um simples meningismo, méra reacção meningéa reflexa consequente á irritação do tubo intestinal pelo corpo extranho.

Mas não é somente neste modo especial de reagir do organismo infantil em face dos agentes morbigenicos, capaz de imprimir um cunho particular á pathologia da primeira infancia, que se alicerça a individualisação da pediatria como uma especialidade bem definida no conjuncto dos varios ramos em que se divide a grande arvore da medicina pratica.

Escuda-se ella ainda na existencia de particularidades anatomo-physiologicas peculiares ao organismo da creança, particularidades que devem ser bem conhecidas do profissional que se quer dedicar á pratica da clinica infantil, o qual deve ter o cuidado de fugir á tendencia, origem sempre fertil de graves erros profissionaes, de encarar a creança do ponto de vista clinico como uma simples miniatura do adulto, de concluir, como dizem Rilliet e Barthez, «de ce qui est chez l'adulte á ce qui doit être chez l'enfant».

E destas particularidades do modo de ser e de funcionar do organismo infantil, alliadas á feição especial por que responde elle á acção dos processos morbidos, deriva a principal razão de considerar-se

a pediatria uma especialidade, razão que se reforça na feitura toda especial da semiótica infantil a divergir da semiologia do adulto não só nas modificações de que se reveste a technica dos methodos de exploração physica, como na interpretação dos signaes por elles fornecidos e dos symptomas funcçãoaes, de colheita ás mais das vezes deficiente e de traducção á miúde desnorteadora.

E', pois, inconteste que a clinica pediatrica constitue uma especialidade, bem nitidamente definida, e dentre as especialidades é, sem receios de contradita uma das mais importantes e uma das mais difficeis.

A pediatria é uma das especialidades mais importantes e esta importancia já até certo ponto justificada pela frequencia com que o medico é chamado a prestar os seus serviços ás creanças que constituem, como já vos disse, um terço dos doentes da clinica geral, torva-se ainda maior porque ao estudo da pediatria se allia o da hygiene infantil, da puericultura, a arte do cultivo da planta humana, infelizmente entre nós tão descurada e cuja transcendental importancia se exprime no conceito judicioso de Spencer quando affirma que «a primeira condição de successo neste mundo é a de ser um bom animal e a primeira condição da prosperidade nacional é a de que a nação seja formada de bons animaes».

Basta que se reflecta um momento sobre a espantosa mortalidade das creanças da primeira idade e que as estatisticas de todos os paizes demonstram devida em a sua maior parte a molestias facil e seguramente

evitáveis mercê de uma hygiene bem comprehendida e bem orientada, para que se aquilate da enorme importancia de que se reveste o estudo da hygiene infantil, justificando plenamente o voto emitido no 1.º Congresso Internacional de Gortas de Leite, reunido em Paris em 1905, expresso nos seguintes termos: «Que os poderes publicos facilitem por todos os meios a vulgarisação da hygiene infantil».

E senão vejamos o que ensinam as estatisticas, limitando-me apenas a citar-vos as cifras apontadas por Comby no seo livrinho sobre hygiene e alimentação das creanças, pois que não me proponho a fazer aqui um estudo minudente acerca da mortalidade infantil e sim apenas justificar o que vos affirmo sobre a necessidade e a importancia do estudo da hygiene infantil.

Segundo Comby sobre 1000 meninos nascidos vivos morreram durante o primeiro anno:

Na Noruega.	106
Na Suecia	137
Na Inglaterra.	154
Na França	169
Na Prussia	217
Na Italia	220
Na Hungria	254
Na Austria.	258
Na Baviera.	317
No Wurtemberg.	329

Tirando-se uma media tem-se que sobre 1000 creanças perecem no curso do primeiro anno 188. Ora,

a mortalidade geral sendo apenas de 25 por 1000, vê-se que a dos recém-nascidos é 8 vezes maior (Comby).

Agora si nós quizermos dar ao trabalho de analysarmos as causas desta espantosa mortalidade, e para isso teremos ainda de nos ater aos algarismos de Comby, lamentando que a escassez de dados me iniba de dar por agora, alguma cousa de referente ao Brazil, o que espero fazer em uma lição posterior dedicada ao estudo da mortalidade infantil e para a qual estou a reunir o necessario material, si fizermos tal analyse, dizia, verificaremos a enorme parte que ás infecções gastro-intestinaes, á diarrhéa, cabe nessa hecatombe infantil.

Em Paris, sobre 44069 creanças mortas em 4 annos, de 1892 a 1896, houve 16760 dizimadas pela diarrhéa, o que quer dizer que sobre 3 meninos mortos um pelo menos é victima de diarrhéa. Em 59 cidades francezas, affirma o mesmo auctor, a mortalidade por diarrhéa passa $\frac{1}{4}$ de 0 a 1 anno. Em 21 outras cidades passa $\frac{1}{3}$; ainda em outras 12 passa de $\frac{1}{2}$ e em Troyes de $\frac{2}{3}$.

E por isso que se passa na França, paiz adeantado e onde as noções de hygiene infantil devem por certo estar mais vulgarisadas do que entre nós, se pode aquilatar do que occorre no nosso paiz, onde nas classes populares e até mesmo nas classes sociaes elevadas domina a ignorancia das mais rudimentares regras de bromatologia infantil dando ganho de causa á diarrhéa e ás perturbações digestivas, cuja cifra deve superar de muito ás outras causas lethiferas no nosso obituario infantil.

Ora a diarrhéa, que assim dizima milhares de creancinhas poderia ser facilmente evitada poupando se assim um grande numero de vidas; bastaria para isso que se observassem rigorosamente as regras da dietetica infantil, que se dêsse preferencia ao alleitamento natural e sobretudo ao alleitamento materno sobre o artificial, ou que pelo menos quando a este se fosse obrigado a recorrer, o que só na ultima extremidade deveria ter lugar, isso se fizesse com todas as cautelas precisas, para corôal-o de exito, pondo a creança ao abrigo das perturbações digestivas e das infecções de que elle fartas vezes sôe ser vehiculo.

A ignorancia da maior parte das mães acerca das regras mais comensinbas da bromatologia infantil e o abandono de alleitamento materno nas classes elevadas da sociedade sob os pretextos futeis e absurdos, de que o amamentação enfraquece a mulher e a faz envelhecer precocemente, ou lhe impede e difficulta os prazeres e deveres da vida mundana; e, nas classes operarias, em consequencia da falta de tempo, obrigadas que são as mães a passar grande parte do dia nas fabricas, nos empregos, longe portanto dos seus lactantes, explicam fartamente essa verdadeira hecatombe infantil, que todos os annos e em todos os paizes civilizados impressiona o mundo medico. Dahi a reacção, de iniciativa partida deste e traduzindo-se pelas varias obras de protecção á infancia, crèches, gottas de leite, dispensarios infantis, consultas de lactantes, etc, etc, de que hei de occupar-me em uma das nossas conferencias, e que

se ramificam com uma rapidez verdadeiramente surpreendente em todos os paizes civilizados, prestando o valiosissimo serviço de roubar á morte milhares e milhares de creancinhas, «obras de cujo colossal desenvolvimento podereis ter uma pallida ideia, consultando a obra de Triboulet e Delobel, intitulada « Les dœuvres de l'enfance » Entre nós tambem não ficou em inteiro olvido a causa da infancia, pois se por ella nada têm feito os poderes publicos, a iniciativa particular já relativamente muito tem conseguido, quer no instituto do Rio, quer no da Bahía, onde já se tem conseguido mais do que era de esperar, quer nos dos estados do Norte, sobretudo em Pernambuco, onde algo de util se vae tambem já conseguindo.

Mas essas «obras» por fecundas que sejam os seus resultados, não bastam para oppôr serios diques a essa calamidade, a que venho alludindo.

E' indispensavel que a campanha se faça, tambem, no interior dos lares, junto a cada berço e essa parte da tarefa honrosa cabe ao medico clinico: justo é pois que elle se arme para isso e que ao sair das academias para o exercicio profissional, leve amplas e seguras, plenas e bem orientadas as noções de hygiene infantil que lhe permittirão de concorrer efficazmente para essa obra verdadeiramente patriotica da protecção á infancia.

E que isso baste, meos senhores, sem necessidade, de alludir a mais, já que o tempo não permite largueza, para vos mostrar quanto é importante a

especialidade de que me cumpre ensinar-vos os primeiros rudimentos. Importante e difficil, quiçá a mais difficil de quantas se professam nesse campo vastissimo da medicina clinica.

A pediatria é uma das especialidades mais difficeis, antes de tudo porque o pediatra para se considerar perfeito tem necessidade de uma instrucção medica muito vasta e muito profunda. Faço minhas as palavras de Schlossmann na introducção do seu magnifico tratado de pediatria, quando diz: «porém, como ninguem pode crêr-se medico practico no verdadeiro sentido da palavra, si não se occupou seriamente da pediatria, do mesmo modo é pouco concebivel um pediatra cujo saber não repouse sobre as mais largas bases da medicina geral. A physiologia e a pathologia, a hygiene e a medicina geral, constituem as bases sobre que deve ser fundada toda a experiencia particular que pode fazer do medico um pediatra».

Mas o que torna sobretudo ardua a tarefa do pediatra é a maneira de ordinario obscura com que sóe apresentar-se á sua interpretaçào o problema clinico, cuja incognita desafia farta vez as mais finas perspicacias.

Deveis saber, pois que já cursastes um anno a clinica medica, de quantas difficuldades se reveste muitas vezes o problema da diagnose, maximé quando elle é posto nos primordios do estado morbido, quando a molestia começa apenas a se desenhar. Permitti-me aqui lembrar-vos as palavras do Prof.

Gilbert, quando na lição inaugural do seu curso de clinica medica assim se exprime:

« Na sua phase de estudo as molestias não são de ordinario de um diagnostico difficil em razão da multiplicidade dos seus symptomas, — são flores abertas.—No seu começo ha muita differença—são botões fechados—e se pode dizer de um modo geral que ellas são tanto mais difficeis de reconhecer quanto são considerados mais perto do seu começo. E' que ellas se constituem á maneira de um desenho: um primeiro symptoma apparece como sobre o papel um primeiro traço se mostra; depois vêm um segundo symptoma, depois um terceiro, como vêm um segundo e um terceiro traços; a molestia e o desenho se compõem pouco a pouco. O primeiro symptoma, como o primeiro traço, permite mil hypotheses; depois que os symptomas e os traços se multiplicam o campo das hypotheses se circumscreve, até o momento em que a revelação se faz: aqui é a febre typhica que é diagnosticada; ali é uma «natureza morta» que é reconhecida. Não será necessario, bem entendido, que o *quadro* symptomatico seja levado muito longe, para que o clinico emerito possa suspeitar a verdade e depois affirmal a».

E' isso que elle ahí o diz o fez de referencia a adultos. Imaginae agora como a difficuldade requinta, como se emaranha o problema quando o paciente é uma criança, que ainda não fala, que não pode traduzir os seus soffrimentos e diante da qual o medico privado quase do recurso preciosissimo da anamnese, mal orientado por signaes physicos de

colheita difficil e interpretação embaraçosa, se vê desnorteado pela feição anomala do *quadro* clínico, que se mostra carente de certos *traços* preciosos para a elucidação e outros offerece desvirtuados por elementos desconcertadores dependentes do modo especial de comportar-se do organismo infantil em face da molestia.

E como o problema da diagnose o da prognose e o da therapeutica, daquelle decorrentes e por aquelle orientados, tambem não menos poem á prova a sagacidade do clinico.

Demais disso certas qualidades moraes, que a pratica deve treinar, se fazem indispensaveis: a calma, a brandura, e uma paciencia sem limites, levada até á resignação e, como bem o diz Marfan, tudo isso sem excluir a decisão e a firmeza no agir, indispensaveis a quem quer levar a bom termo o exame serio de uma creança.

E ahí tendes, meos senhores, quanto é difficil e quanto é importante a especialidade que ides agora estudar; mas, que isso não vos entibie o animo, nem vos afugente a coragem.

Ao contrario deveis entregar-vos confiantes ao estudo e á observação clinica, que certamente um e outro, mutuamente ajudando-se e ajudando-vos, vos habilitarão dentro de algum tempo a sairem victoriosos dessas difficuldades.

E para vos animar a esse estudo, eu não poderia fazer melhor, ao terminar esta palestra, do que lembrando-vos o asserto de Marfan, quando manda reflectir «que o practico que não tratasse as molestias

das creanças se privaria por isso de exercer a metade da medicina e justamente aquella na qual o seo papel é mais activo e mais effcaz».

As tachycardias paroxysticas (1)

Estudo clinico por E. DOUZELOT

Ao lado do paroxysmo tachycardico de inicio e fim bruscos que *Bouveret* tão bem descreveu em 1889, qualificando de essencial, por lhe faltar melhor designação conforme elle proprio confessa, devem ser collocados outros paroxysmos que apresentam a mesma marcha clinica, diferenciando-se, porém, d'aquelle por caractéres secundarios de forma e evolução.

A classificação que adoptei é baseada no caracter, de um lado, total ou parcial, de outro, regular ou irregular do accesso.

Pode-se-lhe assim descrever tres formas:

- a—Regular total (molestia de *Bouveret Hoffmann*);
- b—Parcial (tachysystolia auricular; *auricular flutter* dos inglezes);
- c — Irregular (arythmia completa de forma paroxystica).

I A TACHYCARDIA PAROXYSTICA REGULAR TOTAL

Um individuo, em plena saúde, tem repentinamente

(1) — Extrahido dos «Archivos das Molestias do Coração, Sangue e vasos».

no peito uma sensação de choque, de *desprendimento*: está iniciada a crise. Incontinenti o coração dispara e seus batimentos attingem a uma cifra muito elevada, que se mantém durante todo o paroxysmo.

Uma nova sensação analogá á primeira: está terminada a crise. O coração readquire seu rythmo normal, e o doente se apresenta com todas as apparencias de perfeita saúde, até ao momento em que sobrevém novo accesso. Tal é, em algumas palavras, a crise typica da tachycardia paroxystica total.

O inicio subito da crise se produz frequentemente sem causa conhecida; algumas vêzes é por occasião de um esforço physico, de um simples movimento, de uma dôr aguda, de um susto, de uma emoção ou mesmo de um sonho que o doente a sente nascer.

Frequentemente, emfim, como mostrou M. VAQUEZ, é o trabalho digestivo que provoca o accesso. Em certos casos podem existir prodromos immediatos.

São tonturas, vertigens e, mais ainda, uma sensação de oppressão thoracica. Mas, entre estes prodromos, é mister fazer um logar á parte para as extrasystoles, que podem apparecer não só nas horas do paroxysmo, como ainda nos dias que o precederem. Voltarei sobre o assumpto.

Em plena crise o aspecto do doente é bastante variavel. Por vêzes, nada traduz exteriormente a disparada do coração. O mais frequentemente (a maior parte das vêzes) a face é invadida por uma pallidez tal que póde se estender ás mucosas e a todo o tegumento. Em certos casos, emfim, a esta pallidez se incorpora uma sensação de cansaço, de angustia, que

permite fazer, á primeira vista, o diagnostico do accesso num tachycardico conhecido.

O doente percebe sempre os batimentos precipitados do seu coração. De ordinario elle se queixa, além disto, de uma sensação de obstaculo thoracico ou ainda de constricção precordial, cervical, epigastrica, até mesmo abdominal.

A respiração é pouco perturbada. A cifra commum de movimentos thoracicos é de vinte a vinte cinco, por minuto. E o contraste entre a disparada do coração e a calma respiratoria relativa constitue um dos mais interessantes caracteres desta affecção. Pode-se ver, entretanto, (sem falar das perturbações respiratorias que sobrevêm nos ultimos periodos e a titulo secundario) casos de tachycardia paroxystica regular acompanhada desde o inicio de intensa dyspnéa. Mas o facto é excepcional.

E' ao coração que nos devemos dirigir para julgar da acceleração do rythmo. O choque precordial é substituido por uma vibração rapida estendendo-se a varios espaços intercostaes, na visinhança do mamillo. Esta agitação thoracica é habitualmente muito perceptivel á vista, e sempre muito facil a sentir com a mão. Uma pressão um pouco forte da região da ponta, a applicação do botão do cardiographo, por exemplo, determina quasi invariavelmente uma dôr aguda; tambem o doente evita deitar-se sobre o lado esquerdo. A escuta permite verificar a existencia de ruidos accelerados, regulares, de um timbre particularmente penetrante, lembrando um pouco o da extrasystole e, sem duvida, devido á contracção, quasi no vazio do coração.

O grande silencio se attenúa até tornar-se igual ao pequeno; tem-se assim o rithmo fetal ou pendular. Em geral, percebe-se uma accentuação, bastante notada, do segundo ruido no fóco da arteria pulmonar. Eu a tenho verificado quasi sempre. Si existiam anteriormente ruidos anormaes devidos a um estreitamento mitral, a uma insufficiencia mitral ou aortica, elles desapparecem por completo durante o paroxysmo. Tem-me acontecido, raras vêzes, assignalar a persistencia de ligeiro sôpro systolico na ponta. Por vêzes, no curso do mais typico accesso, sobretudo quando elle é de longa duração, é possível ouvir de quando em quando uma serie de pancadas menos precipitadas, regular e particularmente energicas.

O numero das pancadas é facil de contar pelo coração. A cifra oscilla frequentemente em torno de 200.

Pode ser apenas de 140; pode, ao contrario, porém mais raramente, attingir a 250 e até a 300.

Segundo HOFFMANN o numero dessas pancadas seria sempre um multiplo da cifra normal. Esta lei parece-me grosseiramente exacta; mas não sou de opinião que se lhe deva attribuir um absoluto rigor mathematico. Durante uma crise ordinaria, de curta duração, o volume do coração não se modifica sensivelmente. A percussão e, ainda melhor, os traçados orthodiagraphicos dão testemunho desse facto.

HOFFMANN, VAQUEZ, e PEZZI publicaram casos em que havia mesmo diminuição manifesta do volume do coração. Acredito eu que, no começo pelo menos, seja essa a formula habitual. Nem por isso é menos verdadeiro o facto de que o coração se esalfa

em uma crise tachycardica e que, por conseguinte, está em imminencia de dilatação. Esta produz-se quasi sempre, como havemos de ver; e foi sem duvida isso que enganou áquelles autores que queriam fazer da dilatação cardiaca um symptoma constante da tachycardia paroxystica.

E' difficil tomar-se o pulso radial. Habitualmente o dedo, applicado fracamente sobre a arteria, sente apenas uma vaga ondulação. As vezes, entretanto, pode o pulso ser bastante claramente perceptivel para deixar-se contar e registrar. As carotidas e as femoraes podem dar pulsações mais sensiveis.

A tensão arterial medida no aparelho de VAQUEZ (methodo de RIVA ROCCI) ou no aparelho de PACHON (methodo oscillometrico) mostra-se normal ou na maior parte das vezes, ligeiramente abaixada, o que explica pela lei de MAREY. A consideravel baixa da pressão sanguinea, que servia de caracteristico do accesso de tachycardia, só apparece realmente como phenomeno secundario e como expressão da dilatação cardiaca.

Ordinariamente as veias jugulares se distendem e o confluyente venoso *retro-clavicular* vem fazer, acima da clavícula, uma saliencia globoide animada de violentos batimentos.

A auscultação dos pulmões não revela modificação dos ruidos respiratorios, nem estertores. Existe, ás vezes, uma diminuta tosse, uma especie de pigarro (hemmage) sem expectoração. Ha diminuição de appetite; os doentes quasi não pedem alimento e se satisfazem em beber.

Durante a crise ha oliguria. Terminada que seja

esta, pode-se produzir abundante diurése. Entretanto pelo menos uma vez, encontrei polakuria durante o paroxysmo. A urina é normal, clara e sem albumina.

As vezes notei perturbações do sympathico: phenomenos vaso-motores (vaso-constrictores ou vasodilatadores); phenomenos secretores (sudações abundantes, diarrhéa); phenomenos dolorosos no territorio do plexo solar; tudo isto, porém, é vago e inconstante. Nunca pude verificar perturbações pupillares nitidas. Em um caso observei o emmagrecimento pronunciado e sem causa apparente, que é considerado, menos por verdade do que por engano, como um symptoma do comprometimento do sympathico.

Durante o accesso o doente guarda a attitude orthostatica. Alguns dentre elles continuam as suas costumadas occupações. Outros evitam a marcha. Finalmente alguns experimentam necessidade de deitar-se; são principalmente estes os sujeitos a accessos longos. Alguns doentes são absolutamente privados do somno, ao passo que outros dormem tranquillamente, ainda que o somno seja bastante leve, em pleno paroxysmo tachycardico.

O accesso de tachycardia paroxystica finda, quando regular, do modo porque começaram: subitamente. O doente percebe de subito uma sensação nova de *desprendimento* no peito e o coração toma de novo e instantaneamente seu rythmo physiologico. Esta terminação é frequentemente acompanhada de extrasystoles, do mesmo modo que o inicio. Pode acontecer que o fim da crise seja menos franco, menos completo. Sabem-no bem os doentes e temem os novos ataques frequentes depois de numerosas acal-

mias. Em outros casos, a terminação só é definitiva depois de uma verdadeira serie de *refreamentos* do coração. Algumas vezes o accesso termina de um modo progressivo. Mais raramente se extingue sem que o doente tenha consciencia disto; por exemplo: durante o somno.

FORMAS CLINICAS

As modalidades clinicas da tachycardia paroxys-tica são de uma infinita variedade. Debalde eu tentaria passal-as em revista todas. Distinguirei somente duas formas symptomaticas, de franca imposição por assim dizer: uma forma extrasystolica e uma sem extrasystoles.

O interrogatorio dos individuos attingidos por esta doença curiosa admira pelo facto de, enquanto uns são advertidos da imminencia do accesso por sensações particulares—que foram depressa identificadas ás extrasystoles—entrarem outros, ao contrario, ou sem paroxysmo, sem o menor aviso desta ordem.

A forma sem extra systoles corresponde ao typo que descrevi.

A forma extrasystolica é mui frequente.

Os auctores recentes (HOFFMAM, MACKENZIE, VAQUEZ.) insistiram mui justamente sobre esses phenomenos extrasystolicos, que assignalam o começo da crise; é preciso, entretanto, reconhecer bem que elles não haviam escapado á observação penetrante de um clinico da envergadura de BOUVERET. O começo do accesso diz o autor lyonez, pode ser assignalado por duas ou tres contracções mais lentas e mais energicas, ás quaes succede

imediatamente uma aceleração extrema. "A's vezes não são apenas duas ou tres extrasystoles que precedem á crise, mas uma verdadeira arhythmia extrasystolica, manifestando-se alguns minutos, algumas horas, muitas vezes alguns dias antes da disparada do coração. Espaçadas no começo, as extrasystoles augmentam progressivamente de frequencia; em breve se agrupam para formar verdadeiras descargas; enfim desencadêa-se o accesso.

Os phenomenos extrasystolicos presentes no fim do accesso são habitualmente representados por choques localizados na região precordial. São possíveis outras localizações, particularmente na nuca e no vertice do craneo. As extrasystoles podem persistir horas e dias após o accesso, depois diminuem de frequencia, desapparecendo num dado tempo. Esta forma extrasystolica, além de clinicamente interessante, reveste-se de notavel valor pathogenico. Effectivamente ella evidencia os laços que unem a extrasystole á tachycardia paroxystica. Esses laços são taes que podemos considerar o accesso de tachycardia como o resultado de um accumulo de extrasystoles.

EVOLUÇÃO

A tachycardia paroxystica é uma doença de marcha tão caprichosa que todas as formas baseadas em sua evolução representam apenas eschemas grosseiros. Este doente só tem um accesso durante toda a sua existencia; est'outro apresenta accessos curtos, porém frequentes (de poucos minutos, vol-

tando varias vezes no dia), de poucas horas, reproduzindo-se varias vezes no mez); aquelle^c apresenta accessos longos, porém raros (accessos de varias semanas separados por intervallos de alguns annos); aquell'outro — é o caso mais frequente — depois de ter apresentado paroxysmos espaçados, percebe que elles se approximam, augmentando *pari-passu* a duração; finalmente, outro doente tem um accesso mortal, de *chofre*. Todas as modalidades imaginaveis podem ser igualmente encontradas na clinica.

Em todos esses casos a tachycardia é e permanece paroxystica durante toda a evolução. E houve, durante muito tempo, motivos para acreditar-se que as cousas se passavam sempre assim. Nada disso se dá. No periodo inicial, a tachycardia mais claramente paroxystica pode chegar, por uma serie de gradações, a perder este character essencial. A marcha é quasi invariavelmente a mesma. Os accessos augmentam progressivamente de frequencia e de duração, até o dia em que se unem completamente, mergulhando então o doente em um verdadeiro "estado de mal tachycardico." Neste caso é notavel a baixa que soffre o rythmo (de 200, por exemplo, a 130 ou 140); e neste fundo, si assim se pode dizer, de tachycardia continua, vemos, de quando em vez, paroxysmos durante os quaes a frequencia do rythmo attinge novamente a uma cifra elevada.

Não só esta tachycardia é susceptivel de perder o seu character francamente paroxystico no curso de sua evolução, como ainda pode cessar de ser

total e regular, para transformar-se mais ou menos completamente em tachycardia parcial ou mesmo irregular.

TERMINAÇÃO DA TACHYCARDIA PAROXYSTICA REGULAR

Toda a tachycardia paroxystica faz cansar o myocardio. Quando os accessos são de curta duração, este cansaço transitorio pode ser perfeitamente supportado pelo orgão. Então, o doente pode viver vinte, trinta, quarenta annos e mais, passando normalmente e tendo apenas intervallados paroxysmos, penosos — não ha negar — desprovidos, porém, de aspecto assustador. Si, ao contrario disso, a doença tende para o estado de mal tachycardico, de que acabo de falar, differente é o aspecto neste caso. O caso clinico vae escurecer em pouco tempo com o apparecimento de novos symptomas traductores da fadiga e da angustia precoce do myocardio.

A evolução demorada não é, de resto, condição obrigatoria e primordial desse aspecto e este quadro terminal da tachycardia paroxystica pode se delinear em poucos dias nos casos de paroxysmos prolongados, excepcionalmente desde o primeiro accesso. A's vezes é uma insuficiencia subita do coração, em geral, porém, trata-se de uma dilatação das cavidades cardiacas, dilatação progressiva, apesar de bastante rapida.

Os primeiros symptomas indicadores do enfraquecimento myocardico localisam-se nos pulmões. O doente começa a tossir, depois solverem expecto-

ração mucosa, viscosa, algumas vezes sanguinolenta, ao mesmo tempo que se regista o apparecimento da dyspnéa (30 a 40 respirações por minuto). O exame physico dos pulmões revela a existencia de matidez, variavel em extensão, e de finos estertores congestivos, localizados nas bases.

O choque do coração abala toda a região precordial esquerda. Alarga-se fortemente a matidez cardiaca. O figado torna-se grande e doloroso. Ha oliguria: as urinas apresentam leve turvação albuminosa. Manifesta-se edema pre-tibial: o estado geral aggrava-se.

O accesso ainda neste caso, pode terminar favoravelmente. O pulso cahe subitamente de 250 - 200 á cifra normal de 60 - 70 por minuto e, em alguns dias, os signaes desta asystolia aguda ou sub aguda desaparecem quasi por completo. E' sobretudo em taes casos que se pode verificar o que se chama "bradycardia intercalar" (50, 40, 30 pulsações por minuto), que seria, com mais propriedade, chamada "bradycardia compensadora". Effectivamente, seja qual fôr a pathogenia exacta do phenomeno, elle não passa de uma reacção trivial do myocardio á dura prova a que é submettido.

Alguns doentes têm uma serie inteira dessas crises graves com phenomenos asystolicos; todo ataque novo deixa o myocardio um pouco mais enfraquecido e a decadencia progressiva delle se traduz então por um augmento definitivo da sua area de matidez e, muito frequentemente, por um sópro de insufficiencia mitral funcional, de facil verificação no intervallo dos paroxysmos.

Esta terminação subita e favoravel do accesso grave é excepcional quando se trata de um estado de mal tachycardico. Aqui a insuficiencia cardiaca se installa progressiva e definitivamente. Apparecem escarros francamente sanguinolentos, pequenas hemoptysis, symptomaticas de infarctos pulmonares. Nestas lesões enxertam-se infecções secundarias, que dão uma temperatura vespereal de 38°, 39°, e mais.

As proporções que a matidez cardiaca assume, justificam a crença de um derramen pericardico. As bulhas cardiacas perdem a regularidade e tornam-se tumultuosas. O figado tumefaz-se; o edema augmenta; apparece a ascite; a urina, que se tornou clara, carga-se de albumina; sobrevêm perturbações de ischemia cerebral e o paciente morre em alguns dias ou algumas semanas, com os phenomenos classificos da insuficiencia cardiaca.

II A TACHYCARDIA PAROXYSTICA PARCIAL

(Tachysystolia auricular ou *auricular flutter* dos inglezes.)

Esta forma differe da tachycardia total por dous caracteres essenciaes:—*a* as contracções auriculares são ainda mais rapidas que na forma precedente; *b* os ventriculos não respondem mais a todas as contracções das auriculas, ha dissociação auriculo-ventricular parcial. Trata-se, pois, de uma tachycardia particularmente rapida e mais ou menos limitada ás auriculas.

Comprehende-se facilmente, dada a natureza destes caracteres differenciaes, que esta forma tivesse

escapado á attenção dos clínicos, durante muito tempo. Para isolal-a, foi necessario o soccorro dos traçados, dos electrocardiogrammas e da experimentação. Isto justifica a difficuldade de dar-lhe uma descripção puramente clinica.

O accesso de tachycardia parcial começa e termina subitamente, como o da tachycardia total. Como elle tambem pode sobrevir em individuos sem tãra cardiaca apparente. O conjuncto dos symptomas subjectivos e objectivos é, nesse caso, sensivelmente identico; só o exame simultaneo do pulso, ou melhor, do coração e das jugulares póde dirigir o observador exercitado ao diagnostico. Com effeito, enquanto o rythmoventricular se apresenta enganadoramente com uma frequencia normal (70-75) ou moderadamente accelerada (110-140), os movimentos das jugulares, excessivamente rapidos, revelam a agitação extrema das auriculas. A relação ordinaria entre os rythmos auricular e ventricular é de 2: 1; póde ser, porém, de 1: 3—1: 4 e até de mais. O pulso é mais frequentemente irregular do que regular; neste ultimo caso não é raro que se apresente alternante. Emfim o inicio e o termo do accesso podem ser acompanhados de phenomenos extrasystolicos, como precedentemente.

Os acessos de tachycardia parcial nem sempre se mostram tão claros. Do mesmo modo que a tachycardia total, e ainda mais do que ella, a tachycardia parcial póde apparecer em doentes portadores de lesões valvulares, ou apresentando um passado cardiaco mais ou menos notado, os signaes de insuffici-

encia cardiaca de evolução lenta baralham aqui a symptomatologia, já de si tão impreciza.

Em regra geral, esses paroxysmos parciaes têm duração maior que a dos paroxysmos totaes e tendem muito mais a reunir-se. Facto notavel, os doentes, para os quaes essa arhythmia é tão penosa, quando se reveste de marcha paroxystica, se sentem alliviados quando ella se torna permanente.

Habitualmente a doença evolve em alguns annos (dois, cinco, oito annos). Na mór parte dos casos os pacientes só se acamam na ultima phase. A morte pôde ser subita; ella é, de ordinario, o termo de uma asystolia progressiva.

III A TACHYCARDIA PAROXYSTICA IRREGULAR

Esta forma se separa das anteriores por dous caracteres:

a a irregularidade completa dos ventriculos, apreciavel no pulso radial e no coração;

b a fibrillação (contracções multiplas e incoordenadas), ou a paralyisia das auriculas, sensível apenas nos traçados graphicos.

O accesso tachycardico ainda conserva aqui a subitaneidade do inicio e do fim.

O doente percebe claramente as irregularidades cardiacas. Bastam apenas os exames da radial e do coração, evidenciando a completa arhythmia ventricular, para estabelecer o diagnostico. Verificam-se frequentemente extrasystoles nos dous extremos do paroxysmo. A existencia de lesões valvulares, apesar de frequente, não é constante. São excepçionaes os

acessos isolados. A sua evolução faz-se, normalmente, por uma serie de gradações caracterizadas por paroxysmos cada vez mais longos e mais proximos, até á fusão completa, isto é, á arhythmia total permanente. Neste momento vem a mesma adaptação que se observa nos casos de tachysystolia auricular. A morte sobrevem habitualmente ao cabo de alguns annos, ás vezes subitamente, ás vezes progressivamente na asystolia.

RELAÇÕES CLINICAS DAS TACHYCARDIAS PAROXYSTICAS

Estas tres variedades de tachycardia apresentam entre si relações tão frequentes quanto estreitas.

As formas parciaes e irregulares exprimem clinicamente os dous estados auriculares (tachysystolia e fibrillação) tão vizinhos que a transição de um para outro se pôde fazer temporariamente, sob o regimen da digitalis; e faz-se seguramente (com rapidez variavel) quando a evolução é um pouco prolongada.

A tachycardia paroxystica regular total, de caractéres apparentemente nitidos, está, entretanto, ligada e de modo intimo, ás outras duas formas. Numerosos são os casos em que essa tachycardia, regular durante muito tempo, se transforma em tachycardia parcial, acabando sua evolução em arhythmia completa. Desprezando as gradações, ella passa ás vezes de improviso, da mais perfeita regularidade á mais completa irregularidade. Aliás não é fatal a transição completa de uma variedade á outra, é possível coexistirem. Tive informações de um caso typico, no qual o paciente tinha ora um accesso regular, ora

irregular. Cedo ou tardê, em caso semelhante, é a forma regular que acaba levando-o de vencida e installando-se definitivamente. Emfim, ha casos particularmente demonstrativos nos quaes se pode vêr, no mesmo doente, o desenvolvimento de toda esta progressão arhythmica, se assim se pode dizer, que vae da extrasystole á arhythmia perpetua, passando pela tachycardia total, pela tachysystolia auricular e pela arhythmia completa de forma paroxystica.

ASSOCIAÇÕES MEDICAS

SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES
DA BAHIA

Sessão de 13 de Junho de 1915

Molestia de Recklinghausen. — O professor A. Borja começou a sua comunicação agradecendo ao Dr. Bahia, medico de hospital, o haver lhe offerecido da enfermaria a seu cargo o doente do poly-neurofibromatose, ou molestia de Recklinghausen, para apresental-o á Sociedade.

Historia com minudencia o passado e o presente clinicos do doente, que a partir dos 25 annos começou a sentir o desenvolvimento dos tumores nos membros inferiores; estuda a localisação dos mesmos no tracto dos nervos, o symptoma basico dessa syndrome morbida, allude ás manchas escuras que a cortejam e chama a attenção para o facto de se apresentarem

dolorosos esses tumores que habitualmente não o são, como não o foram a princípio. Mas agora doem. Tratar-se-á de uma degeneração maligna? Indaga o orador e promete elucidar a questão com o laudo anatomico-pathologico, para o qual dirigirá as suas vistas quando realizar a ablação dos neoplasmas. Apesar da suspeita, crê mais na acção compressiva exercida sobre os nervos, á mingna de antecedentes hereditarios que consolidariam a primeira hypothese.

Aborda o diagnostico differencial da molestia de maneira exhaustiva, trazendo á baila as entidades morbidas que com ella teem ponto de contacto, como a molestia de Jeanselme ou nodosidades articulares, a molestia de Carrillon ou verruga do Perú, a sarcomatose generalisada, os lipomas cutaneos e enfim a molestia de Addison, pela predominancia das manifestações pigmentares que pode assumir a syndrome de Recklinghausen, firmando os exactos limites dessas affecções, estribado no roteiro da marcha, duração e symptomatologia que lhes define a physionomia clinica.

Chega por fim a therapeutica, ainda obscura, baseada ora na syphilis, ora na tuberculose, reflectindo a incerteza das determinantes pathogenicas; faz referencia a possivel participação do endocrinismo perturbado, concluindo pela maior tendencia em suppô-lo o effeito sobre o apparelho sympathico do que a propria causa da molestia.

Remata o seu caso relegando-o ao rol das molestias incuraveis «escarneo da medicina, triumpho e gloria da therapeutica symptomatica».

Um caso de elevação congenita do omoplata. — O dr. Gonçalves Martins apresenta uma creança com esta malformação, conhecida por superelevação congenita do omoplata, caso que cuida ter sido o primeiro verificado na Bahia.

A creança em questão não teve nenhuma molestia anterior; nascida por parto normal, si bem que demorado, somente aos dois mezes de idade foi que se deu por seu defeito. Teve uma prima carnal tambem assim deformada e ainda um dos avós.

Mostrou que uma simples inspecção denunciava uma elevação accentuada do omoplata direito e que o seu angulo super-interno fazia no lado correspondente da nuca uma pronunciada saliencia, a ponto da cabeça parecer nascer na espadua, si, porventura, da outra ametade do corpo se fizesse abstracção. Enquanto que o angulo inferior do omoplata direito attinge apenas a 6.^a costella, o do esquerdo vae até a 9.^a.

O osso é um tanto inclinado para deante, de modo que a face posterior tende a tornar-se superior e um pouco externa.

Disse que o omoplata era em si mesmo deformado, o que procurou provar com o facto de, apesar do angulo externo achar-se um pouco abaixado, não haver deslocamento para dentro, do angulo inferior.

Havia uma hyperostose no angulo supero-interno, que ia ao contacto com a apophyse espinhosa correspondente.

O osso era quasi immovel e a elle só se conseguira

imprimir ligeiros movimentos, parecendo isto não ser devido á retracção dos musculos.

Os movimentos da cabeça eram amplos, mas a abducção do braço não era completa.

Notava-se uma pequena escoliose de convexidade esquerda e este lado do thorax um pouco mais desenvolvido.

A clavícula, atrophiada em comprimento, soffreu ligeira torsão de convexidade superior.

Mostrou uma radiographia, em que se via nitidamente uma peça ossea, indo das apophyses transversas do rachis cervical ao angulo supero interno do omoplata.

A familia recusou se de consentir na operação, que seria no caso a resecção da lamina ossea, que desvia o «scapulum» da sua normal posição.

Inversão uterina puerperal. — O dr. José Adeodato fala sobre o caso de uma multipara, que, após o delivramento, soffreu uma perda de sangue, acompanhada de fortes dores na região hypogastrica, pelo que se lhe administrou uma dóse de centeio.

Persistindo e incrementando-se os seus incommodos, foi chamado, 8 horas após o parto, encontrando a paciente profundamente anemiada, com phenomenos de anemia aguda post-hemorrhagica, em estado de shock. Após injecções de soro, oleo camphorado, esparteina, procedeu ao exame pelo toque combinado, reconhecendo uma inversão uterina total, com retenção de grande parte das membranas. Retiradas estas, bem

como alguns coagulos, fez tentativas prudentes, mas infructiferas, de taxis central, periferica e lateral, procedendo então a um tamponamento cerrado, inexecutable, como era toda a manobra de reposição forçada.

A hemorragia cedeu por completo, os phenomenos alarmantes mal se modificaram a principio, depois incrementaram-se progressivamente, accentuando-se o «shock», consequente á forte constricção do orificio cervical, estrangulando os annexos, repuxando os ligamentos peritoneaes.

Administrou novas injeções de sôro, cafeina, oleo camphorado, inhalações de oxygenio, sinapismo na região precordial, clysteres estimulantes.

O auctor discute a acção do centeio, que contra-indica neste caso, por sua acção sobre a fibra do utero, que si de um lado minora a hemorragia por outro augmenta o *shock*, incitando mais a constricção do anel cervical.

Contra-indica, pela mesma razão, a estrichinina, aliás de proveitosos resultados em casos isolados de hemorragias, ou *shock* ligado a outros casos.

Discute a acção da morphina, que parecendo preencher muitas indicações, tem contra seu uso o inconveniente de difficil determinação da dóse, attentas as susceptibilidades pessoaes, podendo provocar effeito contrario ao desejado, particularmente sobre a circulação, deprimindo a pressão sauginea, já seriamente compromettida.

— O dr. Lydio de Mesquita refere-se a um caso semelhante em toda a longitude dos seus vinte e tantos annos de vida clinica. Interroga ao professor Adeodato

se os recursos da cirurgia, pela colpo-hysterotomia anterior de urgencia, como ultima tentativa, não poderia operar a redução vencendo a angustia da parte uterina tetanizada sobre a parte invertida? Responde o professor Adeodato não tel-o feito, desde quando procurava evitar toda a contribuição á maior intensidade do choque e a qualquer perda de sangue, numa doente cujas condições orgauicas fazia arrecejar a morte, até na innocencia do mais leve movimento.

SESSÃO DE 27 DE JUNHO DE 1915

Lupus tuberculo-ulceroso serpiginoso, consequente a uma spina bifida.—O dr. Genesio Salles apresenta um doente de 17 annos de idade e residente em Candeias, portador de uma dermatose infecciosa bacillar, localizada na mão esquerda e já invadindo todo o ante-braço correspondente.

Na historia progressa do doente, nada encontrou de anormal, até a data em que irrompeu o mal, isto é, por volta dos meados de 1912, o que se deu por um ligeiro edema no dedo medio da mão esquerda, ponto em que a pressão despertava dores fortes.

Dahi, a provavel osteite evoluiu para a necrose das partes molles não só desse dedo mas já de toda a mão, onde, em breve tempo, e em todos os sentidos, abrolharam fistulas. Logo vieram ulcerações que se estenderam, até formar a dermatose actual.

Ha cinco mezes passados, o doente notou a apparição do mal na mão direita e até mesmo pelo dedo medio, o que ainda se pode notar quasi que como nessa epoca, por ter a molestia marcha muito lenta.

O doente tem usado o iodeto de potassio e o mercurio, sem resultado nenhum.

Não tem estygmas lueticos hereditarios ou adquiridos, nunca teve molestias venereas.

O dr. Genesisio pensa tratar-se de um caso de tuberculose diaphysaria, uma osteite tuberculosa diffusa ou spina-ventosa, que progredindo até a necrose, deu em resultado a inoculação da pelle. Mostrou umas pequenas ulcerações repletas de pontos fungosos, que lembram as syphilides terciarias tuberculo-ulcerosas, as quaes capitulou de lupomas, que se ulceraram por necrose centro-follicular, coisa que caracteriza o processo tuberculo-bacillar.

No terço medio do ante-braço notava um tuberculo de formação recente, e ao lado deste uma boa parte da lesão espontaneamente cicatrisada.

Chama a attenção para attitude viciosa da mão, talvez o resultado de contracturas reflexas, muito proprias da osteo-tuberculose, cujo fóco se acha nas proximidades de alguma articulação.

Entanto, o exame estethoscopico não revelou a existencia de lesões pleuro-pulmonares e o bacillo de Kock não foi encontrado assim no escarro como no pús colhido de uma das ulcerações; deve adduzir, porém, que o doente informa ter perdido uma prima, aos 22 annos de idade, de tuberculose pulmonar, aliás o unico caso da familia.

Em vista da não evidenciação do bacillo de Kock pelo exame dos esfregaços, poder-se-ia pôr em duvida o que afirma e admittir-se a hypothese de manifestações communs ao terciarismo ou á heredo-syphilis tardia, por uma dactylite syphilitica que num terreno preparado produzio, por combinações derradeiras, uma syphilide tuberculo-ulcerosa.

E' admissivel isto, até porque desde o symptoma isolado ao quadro morbido mais complexo, nada como a syphilis apresenta copia mais variada de manifestações clinicas.

Passa em demorada e minuciosa revista os signaes que se notam nestes casos e que favorecem, por presentes no seu doente, a hypothese da lues, põe em evidencias aquelles que alli caracterizam o processo tuberculoso, e que levam manifestas vantagens sobre os outros, allegando que o exame negativo do escarro e dos esfregaços não tem grande valor, porque o bacillo de Kock não é encontrado nos tecidos lupicos e ha portadores desta doença que não são tuberculosos.

Pensa não se tratar da syphilis, por não haver antecedente luctico, pela negatividade da reacção de Laudau, pela desefficacia do tratamento hydrargyro-iodetado.

Pensa tratar-se de tuberculose pela evolução demorada do processo, pela presença de fungosidades, pela infiltração ganglionar, pela appareição de novos tuberculos typicos, etc.

Não fez a reacção da tuberculina, por não dispor de material, tambem deixou de fazer o desvio do

complemento, com antígeno tuberculoso, o que pouco adiantava, pelos resultados falsos que fornece.

Em vista da progressão constante do mal, acha que o tratamento unico consiste na amputação no terço inferior do braço, o que pretende fazer, dentro de poucos dias.

—O dr. Fernando Luz acha que não se deve fazer a amputação no braço e sim no terço superior do ante-braço, tentando ao mesmo tempo a phototherapia.

—O dr. Genesio diz que os bons effeitos da phototheraphia são problematicos e o tratamento muito demorado, podendo a invasão continuar, sendo talvez, preciso, mais tarde, não amputar no terço inferior, mas desarticular o braço.

Sobre um caso de granuloma ulceroso.—O Dr. Fernando Luz apresenta um doente de granuloma ulceroso, deixando de fazer considerações a respeito da geographia, do historico, do etio pathogenia, do diagnostico e do tratamento, por já ter sido motivo de uma comunicação do seu illustre collega, Dr. Octavio Torres, em sessão dessa Sociedade realisada a 11 de Outubro de 1914, quando descreveu esta molestia exhaustivamente.

E' digno de nota na sua observação a localização de uma lesão do granuloma na commissura labial direita, provavelmente por infecção trazida pelos dedos do doente da virilha para alguma solução de continuidade ali existente.

Chama a attenção para esta lesão por não ter sciencia da observação desta molestia ahí localisada.

O diagnostico foi confirmado pelo exame bacterioscopico, encontrando em esfregaços feitos com a serosidade do granuloma ulceroso da virilha o *calymmato bacterium granuloma*, agente etiologico, descoberto pelos notaveis scientists brasileiros, Beaurepaire Aragão e Gaspar Vianna, de saudosissima memoria.

Quanto ao tratamento irá empregar as injeccões endovenosas de tartaro emetico, em doses crescentes e alternadas começando por 4 centigrammas até 16 centigrammas. Chama a attenção em seguida para que o tratamento deva ser continuado ainda por algum tempo depois de cicatrisadas as lesões, para evitar as recidivas.

Termina convidando os collegas a examinarem o doente e as preparações onde se vêem germens extracellulares e intracellulares, estando as capsulas mal coradas por ter empregado o Leischmann e não o Giemsa como corante, que é o preferivel.

Syndromo cerebellar.—O Dr. J. Fróes apresenta o doente A. A. S. pardo, casado, com 32 annos, empregado em uma casa commercial como *servus a mandatis* e natural deste Estado; recolheu-se a meu serviço clinico em 20 de Maio do corrente anno, referindo a seguinte historia morbida, extrahida da observação clinica feita pelo interno do serviço—o Sr. doutorando R. Renault:

Adoecera ha 3 $\frac{1}{2}$ mezes, sentindo muita dôr de cabeça, localisada na região occipital, tonturas e vertigens quando se sentava no leito e principalmente quando tentava levantar-se da cama; sentia-se constantemente cansado.

Usou contra a cephalalgia, que era muito intensa eurythmina, pyramido, 6 vidros de elixir de nogueira e 1 vidro de antigal, tudo sem nenhum resultado, pois que peiorava dia a dia, sentindo grande dificuldade em andar e muita irritabilidade nervosa.

Resolveu-se, então, a procurar o hospital.

Como antecedentes hereditarios nada ha de importante.

Fuma, bebe um pouco, teve syphilis, tem digestões laboriosas, insomnia persistente, um pouco de dormencia nos membros do lado direito, forte dôr de cabeça, mais pronunciada na região occipital.

A attitude de pé mantinha-se com certa dificuldade, apresentando o doente movimentos oscillatorios de diante para traz e da direita para a esquerda, só conseguindo manter o equilibrio pelo afastamento das pernas.

O andar era difficil, titubeante, havendo retropulsão e lateropulsões (mais accentuadamente á esquerda), o que fez cambalear e cahir o enfermo uma feita, indo de encontro á parede da enfermaria em outra occasião. Dir-se-ia que o paciente estava embriagado, a julgal-o pelo andar ziguezagueante, o passo incerto desigual e vacillante, o tronco parecendo recuzar-se a ser carregado pelas pernas (asynergia)

O exame clinico revelou ausencia dos signaes de

Westphell, de Babinski, do phenomeno do pé ou trepidação epileptoide e ausencia tambem do signal de Romberg, em nada affectando o equilibrio na posição em pé (mantido como foi dicto ás custas do afastamento dos pés para augmentar a base de sustentação) o facto da oclusão dos olhos, o que é considerado um signal de valor na diagnose das affecções cerebellares. Havia ainda impossibilidade do equilibrio monopodico e difficuldade da parada subitanea em meio da marcha e de dar a meivolta principalmente á esquerda; notou-se tambem esboço do signal de Argyll-Robertson (fraca reacção pupillar á luz com persistencia do reflexo á accommodação e a dôr). Ausencia de nystagmus, de dyschromatopsia, de qualquer manifestação para o lado dos ouvidos, nenhum disturbio da sensibilidade e da articulação da palavra; nenhum tremor. Intelligencia integra, mas preguiçosa; grande prostração e desanimo de recuperar a saúde.

De parte o aparelho nervoso e o aparelho genital (anesthesiado este desde o começo da doença), nenhuma perturbação nos outros organs da economia. O exame da urina revelou de anormal apenas excesso de urobilina e o das fezes ovos de ascaris.

O exame do sangue indicou.

Hemacias por m.m. 3.....	2:542.000
Leucocytos » »	9.300
Relação globular.....	1 br. 272 h
Hemoglobina	70 %
Valor globular.....	0.72

FORMULA LEUCOCYTARIA:

Polynucleares neutrophilos.....	38,07 %
Eosinophilos.....	3,4
Mononucleares.....	6,0
Grandes lymphosytos.....	2,2
Pequenos »	49,6
Formas de transição.....	0,8

INDICE NEUTROPHILO:

I	II	III	IV	V
1	20	42	25	12
Quociente do desvio.....				0,72

Ausência de hematozoários de Laveran e de pigmento melanico.

A reacção de Wassermann, que devo ao obsequio do illustre collega Sr. Dr. A. Barbosa, deu resultado positivo no sangue e no liquido cephalo-rachidiano, menos intensa a reacção neste do que naquelle, devido talvez a achar-se já bem encaminhado nas vias da cura o enfermo, quando se effectuou a reacção no liquido cephalo-rachidiano, que foi achado hypotenso, hyperalbuminoso, mas não hyperlymphocytario.

Além dos exames referidos, foi feito o estudo minucioso do doente com o fito de positivar o diagnostico de uma affecção cerebellar, conforme as suspeitas do interno do serviço — o Sr. doutorando

Rhadamantho Renault, tendo acompanhado os successivos exames os Srs. alumnos do 5.º anno, matriculados em meu curso. Verificou-se, então, a existencia, além do *andar titubeante*, de *profunda asthenia*, *asynergia*, *dysmetria* e *catalepsia cerebellar*.

Faltaram as perturbações da palavra, o nystagmus espontaneo, a *adiadococinesia* e o tremor, muito embora os tremores me não pareça poderem bem comparecer, como figura obrigada do syndromo cerebellar.

Acceito o diagnostico clinico de affecção cerebellar (e nada fazendo suspeitar a doença de Menière ou uma lesão dos lobos frontaes, em que pode haver symptomatologia analoga até certo ponto) cumpria-me esmerilhar o caso no tangente ao diagnostico etiologico, á topographia lesional no cerebello e á qualidade da lesão.

Afastada a hypothese palustre pela hematoscopia, seduziu-me a acceitação da *lues* como o factor preponderante na symptomatologia morbida estudada, por isso que confessa era a syphilis, como rezavam os dados anamnesticos, e duplamente positiva se revelára a reacção de Wassermann, máo grado as claudicações que, dia a dia, se accentuam, quanto á veracidade das affirmações dessa applicação da reacção do desvio do complemento de Bordet e Gengou.

Admittida a syphilis e empregada a medicação especifica por meio de injecções de biiodeto de hydrargyrio nas doses de 2 e de 3 centigrammas, revelou-se essa orientação therapeutica um verda-

deiro meio curativo e simultaneamente um processo esclarecedor da diagnose clinica pelo principio do *naturam morborum curationes ostendunt*.

Tal e qual succedera em um doente da clinica do Sr. Prof. Aurelio Vianna, conforme sua communicação, o anno passado, a esta Sociedade, doente que tive ensejo de ver antes de completa a cura, exactamente como succedeu com o meu observado, que foi examinado tambem pelos Srs. Professores Aurelio Vianna, Clementino Fraga, Drs. José Olympio da Silva, Vieira Lima e Downing, sendo que estes 2 ultimos collegas acompanharam commigo a observação clinica desde o seu inicio até a cura completa do paciente, que aqui se acha, conforme me havia promettido.

Feitas as 3 primeiras injecções começaram as melhoras, accentuando-se progressiva e rapidamente, a ponto de julgar-se curado o enfermo ao cabo de 8 injecções, época em que podia andar normalmente e acceleradamente, tendo desaparecido por completo todos os symptomas clinicos alludidos.

Obtida a *alta* a 12 do cadente, tem comparecido ainda ao Hospital, 3 vezes por semana, para ultimar o tratamento, de maneira que se possa tornar definitiva a *restitutio ad integrum*, que foi obtida.

Apezar da incerteza que paira ainda sobre a questão importantissima das localisações cerebellares, é certo que aceitam os neurologistas hodiernos a possibilidade de firmar-se o diagnostico de *lesão do vermis cerebellar*, sempre que os symptomas «se repartem de modo bilateral e reproduzem o quadro

do syndromo cerebellar classico (com afastamento das pernas, marcha de ebrio e principalmente retro-pulsão) (Babinski).

Ora, no meu doente, notava-se ainda lateropulsões, muito mais accentuadamente á esquerda, difficuldade maior de fazer a meia volta á esquerda, ligeiro augmento do reflexo rotuliano esquerdo, dôr occipital mais accentuada á esquerda, de modo que, tendo acceitado a hypothese de uma neoformação luetica no cerebello do paciente, acreditei que esta devia ter a sua séde no vermis cerebellar, principalmente em sua metade esquerda, estando compromettida igualmente certa porção do hemispherio esquerdo do cerebello, de accôrdo ainda com Babinski e Tournay quando escrevem: «Os disturbios agora melhor conhecidos, nos movimentos isolados dos membros quando se manifestam de um só lado, deve fazer pensar que a lesão é situada no mesmo lado, porque o cerebello exerce uma acção homolateral preponderante.»

E' esta a observação clinica que submete ao criterio da Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia.

— — —
Sessão de 11 de Julho de 1915

Diagnostico das myocardites agudas (a proposito de dous casos clinicos).—O Dr. C. Fraga apresenta duas observações em que foi posto o diagnostico de myocardite aguda, tendo sido ambos os doentes da

enfermaria S. Vicente, serviço da 1.^a Cadeira de clinica medica.

O primeiro doente que apresentava o vertice do pulmão direito hepatisado, com pneumococcus no escarro, deu entrada no Hospital com intensa dyspnéa, accusando forte dor no precordio, temperatura subfebril, embryocardia, augmento de volume da area de matidez cardiaca, diminuição da 1.^a bulha, palpitações, oliguria. Nos dias subsequentes ao da entrada o pulso batia 150 a 160 vezes por minuto.

O segundo doente apresenton-se ao exame com dyspnéa, oliguria, edema dos membros inferiores, palpitações, precordiaigia, augmento de volume do coração, apagamento da 1.^a bulha com enfraquecimento da segunda, batendo o pulso 42 vezes por minuto.

Apesar do tratamento dous dias após ao da entrada o pulso não se contava em cifra maior de 48 batimentos. Morte por syncope.—Autopsia feita pelo illustrado professor Oscar Freire, da qual teve o orador o protocollo na parte referente ao coração, que confirma plenamente o diagnostico feito.

Alludindo ás perturbações do rythmo cardiaco, chama a attenção da Sociedade para a disparidade entre os dous casos — o primeiro tachycardico e o segundo bradycardico, embora ambos justifiquem pelos outros signaes compares o diaguostico de alteração inflammatoria do myocardio. Tudo depende da localisação da myocardite, accentuando que as necropsias demonstram mais communs as lesões localisadas que as diffusas. As myocardites locaes, quando attingem

às regiões diferenciadas do coração e elegem a zona chronotropa repercutem por uma correspondente alteração do rythmo.

Mostra as difficuldades do diagnostico clinico uma vez que a simples perturbação funccional, a natureza toxica, pode recapitular a maioria dos phenomenos clinicos que caracterizam a myocardite; diz que o clinico moderno deve ser cauteloso, prudente em relação a tal diagnostico, de um lado, evitando o exagero quando sobrevenham perturbações para o lado do coração no curso de molestias infectuosas, por outra parte, não esquecendo que a séde da lesão é tudo, quando se trata das fibras especializadas do coração, e pois pode haver, no particular da dysrhythmia, não só a tachycardia, mas tambem a bradycardia.

São exemplos frisantes, que se completam e muito illustram, os dous casos do seu serviço.

Estabelece depois em suas linhas geraes o diagnostico differencial entre a myocardite e a pericardite, a nevrite do pneumogastrico e as alterações do systema nervoso cardiaco central ou peripherico, bulbar ou nevrítico, que dão perturbações funcionaes em tudo semelhantes aos symptomas clinicos eu-quadros pela descripção classica das myocardites agudas. Saliaenta por final a perturbação do rythmo que tanto complica e realça, na entrosagem dos phenomenos, a significação diagnostica.

Du glycosuria na myomatose uterina. -- O Dr. José Adeodato apresenta interessantes questões, das que

tangem as dependencias reciprocas entre os estados morbidos constitucionaes e o dynamismo normal e morbido do aparelho genital feminino, são as que dizem respeito á influencia da vida sexual sobre a glycosuria e a diabetes saccharina e á repercussão destes estados pathologicos sobre os processos sexuaes. Em particular, a incidencia da glycosuria nas affecções utero-ovarianas, é assumpto que vem de pouco tempo despertando a attenção dos gynecologistas, e para o qual traz a pequena contribuição de duas observações clinicas pessoaes, que por minguidas, não é de somenos valor attenta a raridade dos casos publicados até hoje, sobre os quaes se tem fundado os argumentos elucidativos da questão.

Josef Novak, collaborador do monumental trabalho de *von Frankl-Hochwart, von Noorden e von Stümpell*, — *Die Eskranqmeqen des weiblichen Genitales in Beziehung gier Ismere Melizin* forneceu-lhe em seu artigo, os dados para traçar o estado actual desta interessante questão e as indicações bibliographicas que a ella se referem.

Com a observação de Imlach publicada em 1885 no "British Medical Journal" originou-se a ideia de uma dependencia etiologica da glycosuria com as molestias utero-annexiaes. Refere-se aquelle autor a uma mulher que improficuamente tratada de uma diabetes por prescrições dieteticas, se viu livre desta molestia no curso de uma semana, após a extirpação de uma pyosalpinge bilateral e que apezar de voltar ao regimen ordinario durante os 14 dias seguintes em que esteve de observação a molestia não reincidiu.

Fellner publicou em 1903 um caso semelhaute da

clínica de Schauta. Soloviev e Beyea observaram o desaparecimento da glycosuria depois da extirpação de cistos dos ovarios.

Diversas observações Gottschalk (1899) Giles 1900, Eveet (1907) Henchel (1909) Colmann 1910 e outros referem-se a doentes de myoma do utero coincidindo com glycosuria ou diabetes, que desapareceram após a operação. A estas junta as duas observações pessoais que passa a relatar em resumo.

I

L. M. mestiça de 32 annos, virgem, entrou para o serviço de gynecologia a 21 de Dezembro, informando soffrer de menorrhagias abundantissimas durante 15 dias, acompanhadas de coalhos e cheiro fetido e precedidos de corrimento branco; dores no hypogastrio, urinação dolorosa e frequente; appetite exaggerado; digestão laboriosa; vomitos pela manhã, evacuações regulares; muita sede, alguns phenomenos nervosos; perdas de forças, notavel abatimento. O pae falleceu de *congestão* e a mãe de tuberculose.

Ao exame objectivo revela-se de constituição fraca, muito pronunciada, com a pelle coberta de eczemas em diversas regiões e com o abdomen distendido por um tumor duro que attinge o nivel do umbigo, pouco movel e que facilmente se reconheceu ser um fibroma do utero, mesmo sem a contraprova do toque combinado, que foi dispensado em virtude da integridade da hymen.

A molestia data de 15 annos. O exame da urina revelou a densidade de 1020, presença de assucar em quantidade apreciavel.

Submettida ao tratamento preparatorio particularmente da glycosuria pelo methodo de Guelpa, a exoneração saccharina cedeu ao cabo de 15 dias e melhorou o estado geral. Foi operada no dia 18 de Janeiro; hysterectomia sub-total; laborioso desbridamento de adherencias, sutura em 3 planos, sem drenagem.

Tolerou bem a operação e a anesthesia pelo chloroformio, sendo gastas 50 grammas do anesthesico, durante 55 minutos. Cicatrização demorada da parede com suppuração de alguns pontos e um abcesso subcutaneo.

O exame da urina não mais revelou a presença de assucar não obstante ter a doente voltado ao regimen hydrocarbonado, até quando se retirou a doente a 23 de Fevereiro, um mez e 7 dias após a operação.

II

Z. G. C. 31 annos, preta, solteira, multipara entrou para o serviço de gynecologia a 15 de Maio do corrente anno. Regras irregulares em epoca e quantidade, ora durando 8 dias e profusas, ora pequena quantidade durando 3 dias não acompanhada de dôres; segundo informa o doente a urinação é abundante e frequente principalmente á noite, o appetite exaggerado, digestão má, prisão de ventre, muita sêde (?) phenomenos nervosos; perda de peso e sensação de abatimento. Não conheceu o pae: mãe morta de affecção cardiaca.

Ao exame objectivo revelou-se de constituição forte mas um tanto anemiada; pela exploração abdominal e pelo toque combinado demarca-se a existencia de

um tumor myomatoso do utero; o ovario esquerdo revela-se ao toque duro, augmentado de volume e de forma irregular.

O exame da urina (1.800 grammas em 24 horas) revela densidade 1027 e a presença de glycose; submettida ao tratamento de Guelpa oito dias depois o assucar havia desaparecido.

Operada a 9 de Junho offereceu grande resistencia á chloroformisação durando esta 1 h. 17 m., sendo administradas 70 grammas de anesthesico. Hysterectomia subtotal com ablação dos annexos esquerdos ovario esclerocystico. Grandes adherencias, vestigios de pelvi peritonite. Duração da operação 55 minutos.

Cicatrisação per-primam.

O exame da urina 9 dias após a operação revela pequena quantidade de albumina e de acidos biliares, ausencia de glycose, não obstante a doente ter voltado ao regimen ordinario.

Existe realmente um nexos de causalidade entre os tumores utero annexiaes particularmente os myomas uterinos e a glycosuria ou trata-se de simples coincidência?

Alguns observadores, como Hirschfeld e Henckel, acreditam na primeira hypothese; outros, Novak em particular, mostram-se pouco inclinados a acceital-a.

A coincidência verificada nas citadas observações entre as duas molestias e o desaparecimento da exonerção saccharina após a operação constituem os dous argumentos em torno dos quaes deve gyrar a discussão do thema.

1.º a) A coincidência pode ser meramente casual; mas se muita vez tal acontece, porquanto o mesmo pode succeder entre muitas outras molestias, não se pode negar que possa haver em muitos casos um nexu etiologico.

b) A glycosuria pode ser transitoria e neste caso explicada pelo profundo abalo nervoso determinado pelo mêdo quer das consequencias da molestia quer do exito da operação (Novak).

Nem sempre isso se poderá levar em conta, pelo menos nas suas observações, em que as doentes se mostraram perfeitamente resignadas; uma dellas até reclamava a intervenção, conscia ou não dos seus riscos, mas sem o menor constrangimento.

c) As metrorrhagias produzidas pelos myomas, podem assim como outras hemorrhagias occasionar uma hyperglycemia (Novak).

O facto não se pode contestar; mas só terá valor a objecção quando se tiver provado por observações que o desaparecimento ou diminuição da eliminação saccharina coincidem com a cessação ou melhora das metrorrhagias por um tratamento palliativo, o que não lhe consta tenha já sido observado.

2.º O desaparecimento do assucar após a operação é argumento contra o qual se podem levantar objecções.

a) Von Hürtle e Schwartz demonstraram que uma glycosuria adrenalica pode ser reprimida por uma excitação peritonitica; mas porque uma explicação semelhante possa quadrar ao caso em questão, se deve em boa logica excluir a possibilidade de existir

uma causa inherente á essência da myomatose e que subtrahida pela operação faça ceder a glycosuria? Não o crê.

b) O regimen dietetico a que se submettem as doentes antes, durante e após a operação pode nas formas leves de diabetes ou na simples glycosuria dar lugar a uma passageira e até mesmo duradoura cessação da molestia. O mesmo se pode dizer do previo tratamento pelo methodo de Guelpa a que foram submettidas as suas doentes.

Esta objecção que se afigura muito seria, embaraça o julgamento mas não decide a questão no sentido de negar a efficiencia da acção operatoria sobre a cessação da glycosuria porquanto é logico admittir se que um mesmo effeito pode obedecer a causas diferentes agindo simultanea ou mesmo isoladamente.

c) Ponderosa objecção apresentada por Novak e de que não se furtam tambem as suas observações é a da insufficiencia da duração de verificação ulterior dos beneficios adquiridos após a operação.

Tambem esta objecção não destroe propriamente o argumento em discussão, suspende-lhe porem o julgamento até mais remota observação dos casos.

Trata-se nos casos destas observações de verdadeira diabetes ou de simples glycosuria.

Imlade epigrapha sua observação, como «A case of diabetes mellitus cessed by removal of the uterina appendaes»; Beya affirma tratar-se de diabetes no seu caso, contentando-se de consideralo como tal sem mais explanações. Henchel, porem, baseado em

pesquisas experimentaes, affirma que a glycosuria produzida pelos tumores genitae a distingue da diabetes pela falta da polyuria e da polydipsia.

Nas suas observações regista-se por verificação da perda apreciavel de assucar (não foi feito o exame quantitativo) mas não positivada convenientemente a polydipsia e decurrente polyuria accusada pelas doentes. Em uma dellas, conseguiu-se recolher apenas 1800 grs. Grande mal não vae que na pratica corrente se vá diagnosticando diabetes á simples verificação de assucar nas urinas, acompanhada de algum symptoma que lhe é inherente; deve-se entretanto em casos pendentes de decisão scientifica, evitar um juizo menos seguro, de uma glycosuria com alguns symptomas que lembram o diabetes, mesmo quando estes tenham sido, como aliás nem sempre succede, positivamente determinados.

* No caso que nos occupa muitas observações estão em taes condições e em caso analogo, isto é, no tocante as relações da gestação com a glycosuria, tambem segundo Colorni da clinica do Prof. Calderini. (Annali de Ostétrici e Gynecologia 1913, alguns autores tem dado as suas observações uma interpretação erronea confundindo facilmente formas de glycosuria simples com o diabetes saccharino.

A evolução dos tumores uterinos costuma acompanhar-se de varios symptomas geraes e locaes assestados em diversos aparelhos: entre estes phenomenos de genese obscura ou de dubia interpretação contam-se alguns que se poderiam levar a conta de

symptomas produzidos por um supposto diabetes, si coincidindo com uma eliminação saccharina.

A polyuria ou a poliakiuria por exemplo, não raro observadas nos tumores genitales poderia ter sua explicação na compressão dos ureteres, como succede na polyuria da gestação.

Está longe, portanto de querer pensar em diabetes nos casos de sua observação, sem pretender entretanto, pregar positivamente o diagnostico de diabetes nos casos alheios, faz reservas sobre sua interpretação, parecendo mais acertado contentarmo-nos em affirmar apenas a existencia da glycosuria.

Verdade é que não é raro a coexistencia de tumores genitales com verdadeiro diabetes tendo influencia mais ou menos pronunciada sobre sua evolução. Mas neste caso abundando as observações clinicas sobre a exito infausto da operação, e até mesmo quando em estado de latente ou de modificação salutar por tratamentos apropriados, tem registrado aggravação seria da molestia ou explosão de coma sob a influencia de operações comprehendidas para a cura da lesão cirurgica.

Em summa, das considerações que acaba de fazer deduzem-se as seguintes conclusões:

A dependencia etiologica da glycosuria com os tumores uterinos particularmente os myomas si não é um facto positivamente provado é pelo menos admissivel e provavel.

Nestes casos trata-se com mais véras de simples glycosuria do que de verdadeiro diabetes.

—Com a palavra o Dr. Lydio de Mesquita faz referencia á Sociedade, de alguns casos observados em sua

clínica gynecologica, no Hospital Santa Izabel, de doentes portadoras de grossas lesões utero-ovarianas e glycosuricas, só por elle operadas depois do tratamento previo da glycosuria e todas com feliz resultado sem mais revelarem posteriormente a presença da glycose nas urinas.

Deante das observações e do modo de pensar sobre a etiologia da glycosuria nas degenerações uterinas e da b a observação do Dr. Adeodato, acredita que os casos observados em sua clinica e tratados pelo Dr. Eutychio Bahia, seu auxiliar, são da mesma origem etiologica.

—O Dr. Aristides Novis usa em seguida da palavra, começando por cumprimentar ao Professor Adeodato pela sua brihante communicação. Pondera, entretanto, por estudos feitos sobre o caso, quanto é commum a localisação do *glycogeno*, materia de que resulta a glycose, nos tecidos organicos séde de inflamações e particularmente, na esphera genital. No proprio ponto de vista physiologico, o fêto faz provisão de glycose, numa epocha em que o seu figado não tem inaugurado a funcção glycogenica, ás custas das reservas do amido animal, contido na caduca uterina. Os proprios leucocytos, quando ha suppurações internas, semeiam-se de glycogeno, o que representa alem do alcance diagnostico, como que uma reacção da cellula contra o meio aggressivo que a rodeia.

Pesquisas recentissimas teem averiguado a presença do glycogeno nos elementos de differentes tecidos e

tumores, inclusive o myoma, conforme relata Marchand. A technica da coloração, melhorada pelo methodo carmino-potassico de Best, abriu novos horizontes a estes estudos.

Até então, o glycogeno não era observado porque se dissolvia nos varios corantes.

Acreditando, portanto, o myoma, uma verdadeira succursal do figado na funcção glycogenica, haverá hyperglycemia, e o organismo se defenderá pela glycosuria, enquanto não é extirpado o tumor. Uma vez que o seja, *sublata causa, tollitur effectus*—cessará a glycosuria.

Pensa pois, o dr. Novis, ter apenas corroborado as conclusões do prof. Adeodato.

Um caso de mycetoma.—O Dr. Genesio Salles fala sobre um caso de *mycetoma, pé de Madura ou pé da Cochinchina*, cuja raridade accentua. Dispensa-se de enumerar symptomas por contêl-os todos o caso, apresentando o doente para melhor verificação. Refere-se ás variedades chromaticas das granulações contidas nas nodosidades, acreditando pertencer cada uma a diversa autoria etiologica. As granulações vermelhas são as mais raras, e este é justamente o seu caso, no que concorda com Le Dantec. Autores ha, que pela raridade notada, nem ao menos se referem a tal variedade, mostrando desconhecerem-na.

Tem procedido a pesquisas no sentido de apurar a responsabilidade dos parasitas inculcados no pro-

cesso morbido, sem ter ainda os surpreendido; pensa, com certos autores, não poder encontrá-los na supra citada modalidade. Não ha tratamento medico. Diz ter pensado na curetagem das lesões, seguida da cauterisação á thermocauterio, mostrando, entretanto, os inconvenientes dessa intervenção. Allude ás diversas operações praticaveis no pé, todas se resentindo da falta de retalho sufficiente da pelle, compromettida pelo mal.

Consulta, então, a Sociedade, aos cirurgiões. particularmente, sobre a attitude a tomar em face de tal emergencia.

O Dr. Lydio de Mesquita pensa que o orador deve continuar as pesquisas relativas á verificação das Zoogléas, coradas em vermelho, antes de qualquer intervenção operatoria.

O Dr. Octavio Torres diz que o Dr. Genesio foi precipitado, mostrando o caso, antes de completar essas pesquisas. Cita os raros casos vistos na Bahia e os trabalhos, á respeito, do Dr. Gonçalo Moniz. Preconisa as soluções iodadas nos trajectos fistulosos.

O Dr. Porja tem visto mais de 6 casos de mycetoma. Pensa, pois, não ser tão rara, entre nós a molestia. Refere-se a um trabalho que, á respeito, elaborou um distincto medico, filho do illustre professor José Olympio de Azevedo. Os casos observados em sua clinica têm sido diagnosticados sem provas de laboratorio.

O Dr. Genesio responde aos oradores, e é contrario ao tratamento iodurado.

Sessão de 25 de Julho de 1915

Laparotomias e glycosuria.—O Dr. Aristides Maltez diz que as multiplas rasões que difficultam a precisão de um diagnostico differencial entre o diabetes e uma simples glycosuria fazem-no tomar por criterio o preparo previo das operandas pela applicação do methodo de Guelpa, cujas vantagens preconisa. Si bem que autores haja que isto dispensem, baseados em supposta resistencia dos diabeticos ás laparotomias, toma esse alvitre, por insensivel, ás vezes, a transição entre os dominios de mera glycosuria e os dessa affecção.

Estuda a responsabilidade dos alcaloides na producção da glycosuria, a acção do chloroformio, reduzindo o licor cupro-potassico por eliminação com as urinas, dotando a sua communicação com o citar de observações colhidas na clinica do prof. Adeodato, de que é assistente o communicante.

O Dr. A. Magalhães lembra o emprego do reactivo de Bottger que, quando preparado com potassa quimicamente pura é mais fiel que o licôr de Fehling, por não deixar reduzir-se por outro elemento sinão a glycose.

Falam sobre o mesmo caso os professores Adeodato, Caio Moura que se refere a um caso de sua clinica, o de uma feliz intervenção cirurgica, no pé gangrenado de um diabetico, octogenario, com amputação, vindo o velho a fallecer tempos depois, de outra molestia, frisando que se tratava de diabetes periodico, falando ainda os Drs. Lydio de Mesquita,

A. Borja e Maximiliano Machado, condemnando este o methodo de Guelpa por anemiante, espoliador, inoportuno quando o doente mais precisava de forças para resistir a operação.

—O Dr. Maitez agradecendo as considerações que despertara o seu communicado, replica ao Dr. Machado, dizendo que o proprio autor reconhece essa barreira a vencer pelo seu methodo, o que é fructo de um raciocinio precipitado, theorico, e não subsistente no terreno da pratica e da reflexão.

O pequeno jejum e os purgativos repetidos disintoxicam o organismo que é ao mesmo tempo tonificado por injecções de effeito incontestavelmente positivo.

Sobre um caso de myopia complicada.—O Dr. Eduardo de Moraes fazendo a apresentação do seu caso clinico, disse que era tempo da classe medica, em geral, collaborar na grande obra da prophylaxia das affecções oculares derivantes dos vicios de refração, sobretudo a myopia, acabando de vez com a tradição erronea e prejudicial, de que o uzo dos vidros correctores contribue para augmentar o mal.

Chamou a attenção para a gravidade das leões consequentes a myopia elevada, que, por vezes, se podem complicar, tomando uma feição sombria, como no caso a que alludiu em o qual coexistiam «*estaphyoma posterior*», placas de choroidite, descollamento retiniano e sub-luxação da lenticula crystalliniana,

seguida de hypertensão ocular premonitória do «glaucoma secundário».

Insistindo nas razões que o levaram a essa apresentação aos seus confrades da sociedade, fez o illustrado professor vastas e fundadas considerações a proposito da etiologia da myopia, dissertando em seguida sobre o tratamento nos casos de lesões graves consequentes a essa anormalia de refração.

Alludiu, ainda, aos methodos therapeuticos mais em uzo na clinica especialista, firmou a necessidade de instituir, na maioria das vezes, o tratamento antisiphilitico, e concluiu pela possibilidade de uma cura relativa, isto é, o retorno da visão nos limites do gráo da miopia, antes das desordens «anatomopathologicas».

X *Um caso de encephalocéle traumatica*, foi o assumpto tratado pelo professor Caio Moura que o fez em poucas palavras, num resumo conciso, ao mesmo tempo que apresentava o doente para melhor esclarecimento.

Desembarcado de um navio de guerra foi ter esse enfermo ao Hospital acompanhado pelo medico de bordo, que lhe expuséra os antecedentes do importante caso. Fôra victima o individuo de um accidente de que lhe resultára a fractura da taboa interna do craneo.

Temendo complicações secundarias, praticara-lhe o medico a trepanação, seguida de forte hemorrhagia, só jugulada com um grande tamponamento á gaze,

cuja extensão excedia de um metro, conforme se verificou ao primeiro curativo no Hospital.

Apesar disso, a massa encephalica proeminava, crendo o primeiro assistente tratar-se da presença de botões carnosos. O tamanho da hernia orçava ainda pelo de uma laranja pequena, dando descargas continuadas de pús. A hemiplegia notada nos membros abdominal e thoracico, attribuida á compressão exercida pela mécha, veio a ter outra explicação depois das mensurações, inspiradas no processo de Chipault, que realisara com o Dr. Alfredo Britto, reconhecendo elles na parte herniada o extremo superior da circumvolução parietal ascendente. A propria hernia explicava, pois, a hemiplegia transmittindo a irritação ou compressão á circumvolução frontal ascendente, verdadeiro centro cortical do movimento.

A paralyisia tende a melhorar, a suppuração tem diminuído, mas qual deve ser o tratamento desses casos? Não pratica a punção, seguida de injecções modificadoras, hoje em desuso. Tão pouco lhe merece fé a ablação da massa que não previne a reproducção da hernia. Reduzil-a, não será bom alvitre ante a possivel diffusão septica. O que pretende fazer é a cobertura da brécha com o proprio couro cabelludo, seguida da applicação de um barrete ou escudo capaz de resguardar e proteger essa fontanella artificial. Pede o aviso de seus collegas, compromettendo-se a transferir o doente aos cuidados daquelle que suggerisse outra conducta.

Apenas o Dr. Lydio de Mesquita usa da palavra

para applaudir o illustrado communicante, subscrevendo-lhe os mesmos planos cirurgicos. Toda a assistencia passa, então, a examinar o curioso motivo da instructiva these do professor Caio Moura.

Um caso de spina bifida.—O Dr. Lydio de Mesquita apresenta um caso bastante curioso de *spina bifida*, em uma creancinha de oito dias e que, no momento, se recolhia ao Hospital, trazida de Carralinho, para o fim de ser operada. Empós uma summa das variantes clinicas da affecção, encaradas sob quatro aspectos diversos, classifica o caso na variedade de *spina bifida*, constituido por um sacco ou cysto formado pela propria medulla ou myelo cysto-meningocéle de Reclingausen e Muscatello e pelo liquido cephalo-rachidiano, infelizmente, o cysto já rôto e por isso mesmo aberta a porta a infecção das meninges, o prognostico é o mais sombrio possivel, sendo baldados os recursos de cirurgia, até mesmo porque os signaes da meningite, apenas esboçados, não tardarão muito a se caracterisarem melhor, fechando o caso.

Dois casos de salpingo-oophorite. O professor José Adeodato discorre sobre dois casos por elle operados de *salpingo-ovarite*. Em ambos vira confirmados os respectivos diagnosticos, annotando as particularidades clinicas dignas de especial menção.

Feita a anamnese da primeira doente, occupa-se

do seu estado antes da intervenção, quando apresentava um tumor abdominal de forma irregular, situado lateralmente e preso ao utero pela parte isthmica da trompa, tumor volumoso, duro destoando por taes caracteres dos classicos signaes das pyosalpinges. Outra particularidade diz respeito á presença de pús num processo de origem tão remota, pois data de 12 annos. Não fosse o signal de pediculo uterino, para o qual chama a attenção, difficilmente percebido, ter-lhe-ia falhado o diagnostico, tal a anomalia symptomatologica do caso.

Analysa depois a historia progressa da outra doente, recolhida ao Hospital a 12 de Maio depois de um parto septico em Março. Dores articulares, engurgitamentos ganglionares, febre. Alterações e dôres catameniaes, perdas brancas mais ou menos abundantes, constituição media, *facies* anemica. Do lado direito, empastamento ao nivel das trompas; ovario augmentado e doloroso. Do lado esquerdo, empastamento ao lado do *parametrium*, trompa cística, massa de contornos indecisos.

Descreve a operação, accentuando a sua parte mais interessante que reside no facto da adherencia do appendice com o ovario esquerdo, facto rarissimo na litteratura gynecologica, tão raro quanto communs taes adherencias para o lado direito. Fez a ressecção do appendice e de uma parte do cœcum, tirando dahí partido para defender as intervenções por via alta, condemnando á que obedecem a outra via no tratamento das salpingo-ovarites.

Termina o professor Adeodato as suas observações,

interpretando o mecanismo da mencionada adherencia e apresentando as peças respectivas ao reparo da Sociedade.

Tratamento da leishmaniose.—O Dr. Octavio Torres diz que solicitado por alguns collegas da Capital e com o fim de ver praticado o methodo de tratamento da leishmaniose no interior, onde a molestia grassa epidemicamente, vae dizer de um modo pratico o emprego do tartaro emetico nessa molestia.

Traz ao conhecimento da Sociedade exclusivamente o resultado das suas observações e refere que somente este anno já fez no Hospital mais de 1200 injeções de tartaro emetico.

Diz o modo pratico de esterilização do tartaro pelo chloroformio, como se fazem as soluções em agua bidistillada, como se fazem as injeções, desenhando no quadro negro todo o processo seguido.

A principio empregava o tartaro dissolvido em sôro physiologico, depois foi obrigado a empregar a agua bidistillada.

Diz que na clinica civil tem empregado as soluções filtradas nas velas de Chamberland, fazendo as injeções por meio da seringa de Lüer.

O titulo da solução é de 2 por cento. No Hospital onde trata de cerca de 40 doentes faz as soluções em um frasco graduado injectando o liquido na veia por meio da pressão de uma pêra de Richardson.

Fala da acção do tartaro emetico sobre os vidros, principalmente os graduados.

A injeção deve ser intravenosa, porque quando a solução cahe fóra da veia os doentes accusam dôr fortissima, devido a acção caustica, coagulante e deshydratante do tartaro emetico e forma-se em seguida um nódulo duro de tecido escleroso que custa muito a desaparecer.

Inicia o tratamento com doses de 5 a 6 centigrammas no adulto, augmentando pouco a pouco até a dose de 0,12 a 0,14 centigrammas.

Nas creanças tem feito injeções até de 0,08 centigrammas tendo sido bem tolerada a substancia.

Pratica as injeções de 2 em 2 dias, já tendo feito injeções diarias.

Diz que se deve o mais possivel evitar interromper o tratamento, porquanto as lesões voltam com grande intensidade e rapidez, as leishmanias adquirem raças de resistencia, como tem observado.

Observa os seguintes phenomenos de intolerancia medicamentosa: tosse, o mais frequente, nauseas, vomitos, dôres musculares e articulares, mais frequentemente observados no inverno do que no verão; em 2 casos observou diarrhéa, nos velhos um estado vertiginoso.

Emprega contra a tosse 5 a 6 gottas da solução millesimal de adrenalina, contra o rheumatismo, o decocto decactus (mandacará), contra os vomitos tambem emprega a adrenalina.

Em alguns casos observou febre intermittente de 38° e 38,5, que acredita ser de natureza toxica, pois suspenso o tratamento e dados os eliminadores ella desaparece.

Tem observado a cicatrização viciosa das lesões do fundo da bocca, cicatrizes impossiveis de corrigir devido a formação do tecido escleroso, com o qual não se pode contar nas autoplastias, estreitamento das fossas nasaes chegando a obturação completa, do pharynge, da larynge, etc.

Diz que os individuos em tratamento augmentam de peso, ficam gordos e o appetite é maior.

Ao mesmo tempo que trata da leishmaniose, medica as molestias associadas afim de apressar a cura.

Ha contraindicação do tratamento pelo emetico, nos casos de rheumatismo, nas cachexias, nas cardiopathias, nos alcoolatas, nos individuos que apresentam hernias, no paludismo agudo, nos velhos, nas mulheres gravidas, nos estados adynamicos etc.

Fala sobre a importancia da prophylaxia da molestia, que os medicos devem chamar a attenção dos governos, afim de que estes nomeiem commissões, que estudem a molestia, pratiquem o isolamento dos doentes e procedam principalmente a cura dos casos em inicio.

Sessão de 15 de Agosto de 1915

Anomalias congenitas do coração. — O Dr. Martagão Gesteira diz que vem trazer ao conhecimento da Sociedade Medica dos Hospitales, alguns casos interessantes de *anomalias congenitas do coração*, ultimamente observados no seo serviço clinico.

Preferio dar á sua communicação esse titulo de *anomalias congenitas do coração*, ao envez do de *cardiopathias congenitas*, que seria talvez mais elegante, simplesmente porque entre os casos sobre que ella vae versar figura um que não constitue uma cardiopathia propriamente dita e sim uma simples anomalia de localisação da viscera.

Faz notar que além desses casos de que se vae occupar, observa no momento dous outros tambem muito interessantes para o estudo das cardiopathias infantis, cuja frequencia entre nós parece ser maior do que á primeira vista se suppõe. Como, porém, esses outros casos são de lesões adquiridas do coração e no momento só tem em vista as lesões congenitas, deixará para trazel-os ao conhecimento dos seus illustrados collegas em uma communicação posterior, si o ensejo para isso se offerecer.

Os doentinhos que vae mostrar, a excepção de um só, que já acompanha ha algum tempo, vieram-lhe nestes ultimos dias, no curto espaço de pouco mais de uma semana, justificando-se assim mais uma vez a asserção de que os casos clinicos vêm por series. Sobre elles não fará considerações extensas, pois que si isso fizesse não teria tempo de se occupar com todos, contentando-se em fazer sobre cada um deltes uma rapida exposiçào.

O primeiro caso é o do pequeno Izidro Manoel de Sant'Anna, com um anno e dous mêzes de idade e que em fins do mêz passado procurou o seu serviço clinico do Instituto de Protecção e Assistencia á

Infancia por uma bronchite torpida, limitada aos bronchios grossos e medios, mas entretida por um estado geral miseravel o que, de par com uma micro-poly-adenite generalisada, levantava a suspeita da natureza bacillar da affecção respiratoria a impunha uma exploração cuidadosa. Emquanto escutava o pulmão direito impressionou-lhe a nitidez com que desse lado percebia os ruidos cardiacos, só então verificando com surpresa que a apalpação mostrava o *ictus cordis* situado no hemithorax direito, no quarto espaço intercostal ao nivel da linha mamillar.

Indo procurar o coração na sua séde normal, á esquerda, nem só notou a ausencia de batimentos, apreciaveis á apalpação, como encontrou sonóra a região que deveria ser a precordial, podendo, entretanto, tracejar, á direita do esterno, a aréa de maciszez cardiaca.

Como o exame clinico attento do aparelho respiratorio excluísse a hypothese de um derrame pleural a recalcar o coração e a historia progressa do caso não indicasse a existencia de uma affecção antiga da pleura, da qual a situação anomala do coração fosse no momento a unica manifestação residual, pôz de lado a idéia de um simples deslocamento do coração, de uma *aristocardia* de Alvarenga, para acreditar que se tratasse de um caso de *dexiocardia congenita* ou *dextrocardia de Bouillaud*.

Confessa que a surpresa do achado lhe fêz esquecer no momento o exame do figado para verificar da sua situação, mas o exame radioscopico feito posteriormente, na companhia do illustrado Prof. Fróes,

mostrou tratar-se de uma hetero-taxia, estando o coração situado á direita e o figado alojado no hypochondrio esquerdo.

Lamenta não ter podido apresentar pessoalmente o doentinho, pois os paes não voltaram mais á consulta, apesar do compromisso formal que tomaram nesse sentido. Confessa que aliás já esperava por isso, pois os paes eram roceiros, muito ignorantes e extremamente desconfiados, tanto assim que no dia em que foram para o exame radioscopico, só a muito custo concordaram nesse exame, manifestando o receio de que si lhes quizesse tomar o pequeno, chegando até o pae a dizer que já haviam mandado chamar o *sub-delegado*, porque na sua presença mandou-se convidar o Prof. Fróes para o exame.

No empenho em que estava de apresentar o pequeno, mandou na 6.^a feira um portador a S. Caetano, tendo o portador encontrado fechada a casa e tido a noticia de terem os paes da criança mudado de residencia naquella semana.

Teve o cuidado de tirar radiographias e photographias do caso, mas essas chapas, como aliás quase todos os trabalhos ultimamente feitos no atelier da Faculdade, por falta de materiaes, não deram resultado satisfactorio.

Pode, porém, sobre o caso invocar os testemunhos do Prof. Fróes que lhe fez a gentileza de proceder ao exame radioscopico, do Prof. Alfredo Magalhães, dos Drs. Alvaro Bahia, Durvaltercio, Alfredo Britto e outros que examinaram o pequeno ou assistiram a exploração radioscopica.

Teria sobre o caso algumas considerações a fazer, mas é obrigado pela escassêz de tempo a deixal-as de lado, contentando-se em chamar a atenção da Sociedade para a raridade da sua observação, pois não se trata de dextrocardia isolada e sim de uma heterotaxia, verdadeiro caso de *situs vicerum inversum*, que lhe parece o segundo apenas observado na Bahia, tendo sido o primeiro o que o Prof. Fróes descreveo magistralmente nas suas «Notas de Clinica Medica».

Passa a mostrar o segundo caso, que é um exemplo bellissimo de molestia de Roger, de communicação interventricular, interessante pela nitidez com a qual o sopro reveste os caracteres classicos assignalados por Boursier para os sopros das communicações interventriculares.

O doentinho, que apresenta, tem de facto um sopro holosystolico, rude e intenso, acompanhado de forte fremito felino, de maximo localizado no terço inferior do esterno e propagando-se nitidamente no sentido transversal, o que é a regra nos sopros de Roger.

Ao sopro do seo doentinho falta, entretanto, um caracter peculiar aos sopros das communicações interventriculares, caracter que consiste na diminuição momentanea da intensidade do sopro sob a influencia dos exercicios e esforços musculares. Essa diminuição, que distingue os sopros de Roger dos outros sopros organicos, que como sabem os seus collegas, intensificam-se nestas condições, é explicavel pelo augmento de tensão no territorio da pequena circulação e consequentemente no interior do ventriculo direito, o

que acarreta uma diminuição na corrente sanguínea que passa do ventrículo esquerdo para o direito durante a systole ventricular, corrente que dá lugar á producção do sopro.

Este caracter não é, porém, constante e a sua ausencia, portanto, no doentinho em questão não invalida o diagnostico de molestia de Roger, que os outros caracteres do sopro estão nitidamente a impôr.

Sobre este doentinho fará ainda notar a ausencia completa de crises de cyanose, o que aliás é commum na molestia de Roger na communicação inter-ventricular pura, si bem que a imperfeição do septo inter-ventricular, a communicação entre os dous ventriculos, seja um dos elementos constantes do substratum anatomico da chamada *molestia azul*, substratum que, como sabem os seos doutos collegas, consiste, ora na *tetralogia de Fallot*—*estreitamento da arteria pulmonar, transposição da aorta para a direita, hypertrophia do ventriculo direito e communicação inter-ventricular*— ora, mais raramente na *trilogia*—*estreitamento da arteria pulmonar, persistencia do buraco de Botal e communicação inter-ventricular*.

O 3.º doente apresenta como o precedente um sopro systolico, rude e aspero, mas de maximo localisado no foco pulmonar e propagando-se nitidamente na direcção da extremidade externa da clavicula esquerda.

Este ruido é acompanhado de forte fremito felino, systolico como o sopro do qual é a expressão palpatoria e como elle de percepção maxima no foco pulmonar.

Trata-se, pois, evidentemente de um *estreitamento congênito da arteria pulmonar*.

Mas como os collegas sabem a estenose pulmonar congênita é raramente uma lesão isolada, vindo quase sempre acompanhada de outras lesões que ella propria concorre para provocar.

Assim quando a causa determinante dessa atresia da arteria pulmonar, qualquer que seja essa causa, processo de endocardite fetal como affirmam Lance-
raux e Cruvelhier, ou parada do desenvolvimento como o quer Rokitanski sobrevêm nos primeiros tempos da vida intra-uterina, quando ainda em via de formação a parêde divisoria dos ventriculos, o augmento de tensão intracardiaca, resultante da atresia da arteria, impede o acabamento completo daquella parêde e a comunicação entre os dous ventriculos virá assim complicar a estenose arterial. Quando, porém, esta estenose se processa nos ultimos menses da gestação, quando já formado o septo divisorio dos ventriculos, é ora a inoclusão do buraco de Botal, ora a persistencia do canal arterial que virá complicar a estenose pulmonar, de modo a assegurar sempre uma via de derivação para o sangue.

Torna-se, portanto, indispensavel apurar si não existe na sua doentinha uma dessas lesões que de ordinario complicam a estenose pulmonar congênita.

Uma dellas, a persistencia do canal arterial, pode sêr logo posta á margem, pois que segundo François Frank tal persistencia se trae por dous signaes caracteristicos e estes faltam na sua doentinha:

O primeiro consiste em desigualdades de amplitude

do pulso, desigualdades regulares, rythmadas e em relação estreita com as phases respiratorias, havendo 3 a 4 pulsações amplas e fortes durante a expiração e outras tantas fracas e vasias na inspiração.

O segundo é representado por um sopro systolico, de maximo audivel no dorso, á altura das 2ª e 3ª vertebrae dorsaes, sopro que apresenta a particularidade de reforçar-se durante a inspiração e ao contrario diminuir durante a expiração.

Lembra que a explicação desses dous signaes consiste na diminuição da pressão no territorio da arteria pulmonar durante a inspiração facilitando a passagem do sangue da aorta para a arteria pulmonar, através do canal arterial permeavel, o que determina o reforço do sopro e a diminuição de amplitude das pulsações arteriaes.

Excluida a persistencia do canal arterial na sua doentinha, sente-se tambem pouco inclinado a acreditar na existencia da *molestia de Fallot*, isto é na associação da comunicação interventricular á estenose da arteria pulmonar. pois neste caso ou os dous sopros são bem distinctos um do outro, ou, quando confundidos têm o maximo situado abaixo do foco pulmonar, ao passo que na sua doente parece-lhe haver um sopro unico e esse de maximo localizado nitidamente no foco pulmonar.

A ter portanto de admittir no seo caso uma lesão complexa, prefere acreditar na inoclusão do buraco de Botal a complicar a atresia arterial, tanto mais quanto ha na sua doente ausencia completa de

cyanose, havendo entretanto hypertrophia do ventriculo direito, associação essa que para Monssous, cuja anteridade no assumpto é incontestavel, constitue uma forte presumpção em favor da hypothese alludida.

Passa enfim a mostrar o ultimo caso, mas antes diz que tem sempre timbrado, nas suas communicações á Sociedade, em não exgotar o praso regulamentar, mas que desta vêz, em attenção ao maior numero de casos, é forçado, embora a risco de enfastiar, a solicitar dos seus collegas um pedacinho dos dez minutos supplementares, si isso fôr necessario, antes que a sineta inexoravel do Dr. Secretario lhe venha cortar o fio da arenga.

Faz vêr que o ultimo caso não deixa tambem de ser interessante para o diagnostico das cardiopathias congenitas, pois a doentinha é sujeita a crises fortes de cyanose e ao entrar para o seo serviço clinico estava sob a influencia de uma dellas, sendo a cyanodermia sobretudo accusada nas extremidades superiores, occupando as mãos e parte dos antebraços.

Estas crises cyanoticas justificavám a suspeita de uma lesão congenita e exigiam um exame attento do coração.

Esta exploração nada, entretanto, revelou que confirmasse a suspeita alludida, mas á escuta, além de leve accentuação do segundo tom pulmonar, o que é frequente na creança, encontrou um phenomeno particular, que justamente empresta todo o interesse á observação nem só pela nitidez com que se produz

de modo a constituir um exemplo typico, como ainda porque encontrado em uma creança suspeita de lesão cardiaca congenita poderia ser erroneamente interpretado por um profissional desprevenido, que não soubesse ser elle desprovido de toda a significação pathologica.

O phenomeno alludido é uma *arrythmia de typo nitidamente respiratorio*, havendo uma phase de tachycardia a coincidir com a inspiração e a alternar com outra de bradicardia coincidindo com o acto inspiratorio.

A exploração digital do pulso não deixa bem perceber o phenomeno, mas o ouvido apanha bem a anomalia do rythmo e os traçados esphygmographicos, que apresenta, mostram claramente as phases alternantes de tachy e bradicardia a constituirem um bello exemplo de arrhythmia respiratoria de *typo dissociado*, verdadeiro typo de *pulso de cachorro*, animal que apresenta o phenomeno de modo particularmente accusado.

Lembra que dentre as explicações propostas para essa arrhythmia, ligada, como sabem, a uma perturbação da função chronotropa, isto é, do stimulus motôr do coração, a que parece mais racional é a de Vaquez, para quem tal modalidade de rythmo é a resultante da contracção dos musculos inspiratorios no fim da inspiração, determinando uma excitação reflexa do pneumogastrico, o que acarreta o retardamento dos batimentos na phase immediatamente seguinte da «revolução respiratoria»; isto, é na

expiração, recordando ainda que segundo Mackenzie tal excitação vae actuar directamente sobre o *seio*, donde parte a intervallos regulares o stimulus motôr do coração, razão por que elle classifica tal arrhythmia no grupo dos chamados *sinuaes*.

Lembra ainda que ella é desprovida de significação diagnostica, podendo-se consideral-a com um exagero do estado normal, mas que, como já disse, sendo, como no caso vertente, verificada em uma creança com cyanose congenita poderia induzir o medico desprevenido no erro de consideral-a uma manifestação lesional, quando não passa de simples alteração funccional.

Isso não quer dizer, entretanto, que a sua doentinha não possa ter uma lesão congenita do coração embora esta não se traia no momento por signaes esthetoscopicos, pois já se têm publicado observações de casos de cyanose congenita sem signaes de escuta e nos quaes a autopsia revelou anomalias de conformação da viscera. A suspeita de lesão congenita ficará, portanto, de pé, por falta de outra explicação para a cyanose, uma vez que não se pode pensar aqui na syndrome de Vaquez, *cyanose com polyglobulia e esplenomegalia*, pois que não existem alterações hematologicas e esplenicas que justifiquem essa hypothese.

Terminando a exposição dos seos casos, chama a attenção da Sociedade Medica dos Hospitaes para o abuso que entre nós se faz do rotulo de persistencia do buraco de Botal para o diagnostico das cardiopathias congenitas, diagnostico muitas vezes restituído de todo o fundamento clinico, maximè quando

tal hypothese é aventada, como tem visto algumas vezes, sobre o fundamento da existencia de um forte sopro, caso no qual o diagnostico está quase sempre errado, pois si a inoclusão do buraco de Botal pode, como em algumas observações publicadas acompanhar-se de sopro, isso é excepcional, sendo, ao contrario, commum que tal lesão evolua silenciosa, pois que a systole auricular não tem a energia precisa para engendrar um forte ruído de sopro.

Conclue convidando os seos illustrados collegas a examinarem os seos doentinhos e a expenderem sobre elles as suas valiosas opiniões.

LIVROS NOVOS

ANATOMIA DESCRIPTIVA DOS DENTES HUMANOS. — Em volume superior a duzentas paginas cuidadosamente impresso pela "Livraria Catilina", acaba o Dr. A. Ignacio de Menezes de vasar os seus conhecimentos de anatomia dentaria em eloquente reaffirmação do prestigio que lhe envolve o nome como preceptor da materia e ardoroso cultor das letras medicas bahianas.

De feito. Da nova estirpe de moços estudiosos, jamais perdeu a vanguarda o laborioso docente, que deve de estar ufano com o ter levado a termo tal obra, em cujo enredo, porfiar o *optimum* de louvavel conceito, a erudição, o esforço intelligente, a orientação didactica e a forma da linguagem que tornam ameno um assumpto de si menos attrahente, o que representa, com a pobreza da litteratura odontologica em livros dessa especie, valiosa contribuição do A., a quem a *Gazeta*

Medica, rendendo merecida homenagem, concita a não abandonar o campo das publicações scientificas já que lhe sobra a energia precisa para vencer desassombradamente os obices materiaes que entre nós, difficultam quando não esterilisam qualquer iniciativa nesse sentido.

O livro em mira não comporta, em face do mais rigoroso criterio indagativo, attitude outra que não a do mais franco movimento de justiceiro applauso.

O assumpto, muito bem distribuido, prende-se nos dois primeiros capitulos, aos Caracteres geraes e differenciaes dos Dentes, e nos dois ultimos, ás Arcadas e relações dentarias, constituindo para o estudante, precioso manancial de conhecimentos, reunado atravez da copiosa erudição do A., cujas credenciaes sciêntificas, a reflectirem o seu brilhante passado academico, lhe serão o penhor natural para o exito de outros committimentos que incorporem os seus ideaes na actividade da vida professoral.

A *Gazeta Medica* felicita o A. e lhe agradece a delicada offerta de um exemplar do seu trabalho,

A. N.

Estatistica Demographo-Sanitaria da Cidade do Salvador

A' boa vontade do Snr. Dr. Euvaldo Diniz Gonçalves, illustre Director desse importante departamento da Saúde Publica, deve esta Gazeta a publicação abaixo, que vae precedida dos seus melhores agradecimentos ao zeloso e esforçado funcionario que teve a delicadeza de nol-a fornecer.

MORTALIDADE. — No 1º semestre de 1915 foram verifi-

cados 2.494 obitos, inclusive 245 nascidos mortos, sendo em Janeiro 428, Fevereiro 413, Março 424, Abril 380, Maio, 415 e Junho 434.

-- Os 2.249 fallecimentos verificados tiveram as seguintes CAUSAS: Febre amarella 2, peste 14, sarampo 2, coqueluche 5, diphteria 1, grippc 7, febre typhoide 9, dysenteria 34, beriberi 16, lepra 1, erysipela 4, paludismo agudo 71, paludismo chronico 55, tuberculose pulmonar 392, tuberculose miliar aguda 1, tuberculose meningéa 1, tuberculose abdominal 9, tuberculose d'outros orgãos 2, infecção purulenta, septicemia 10, syphilis 35, cancer da cavidade buccal 2, do estomago 4, do figado 1, do recto 1, dos orgãos genitales da mulher 12, do seio 6, da pelle 3, d'outros orgãos e não especificado 4, tetano 35, rachitismo 3, rheumatismo 2, diabetes 5, anemia, chlorose 3, alcoolismo 6. (MOLESTIAS GERAIS 758);

meningite 39, affecções da medulla 2, hemorragia cerebral, apoplexia 61, amollecimento cerebral 1, paralysisia sem causa indicada 1, paralysisia geral 6, outras formas de alienação mental 2, epilepsia 6, convulsões das creanças 2, nevrite 1, outras affecções do systema nervoso 2. (AFFECÇÕES DO SYSTEMA NERVOSO 123);

pericardite 1, endocardite 6, affecções organicas do coração 103, angina do peito 2, affecções das arterias, atheroma, aneurysma 174, embolia e thrombose 1. (AFFECÇÕES DO APPARELHO CIRCULATORIO 287);

bronchite aguda 104, bronchite chronica 4, broncho-pneumonia 23, pneumonia, pleurisia 4, congestão e apoplexia pulmonares 8, asthma 3. (AFFECÇÕES DO APPARELHO RESPIRATORIO 166);

angina 2, ulcera do estomago 4, outras affecções do estomago 2, diarrhéa enterite (abaixo de 2 annos) 261, diarrhéa e enterite (2 annos e acima 42, ancylostomose 11, parasitas intestinaes 22, appendicite e typhlite 7, hernia, obstrucção intestinal 20, affecções do intestino 51, ictericia grave 2, cirrhose do figado 45, calculos biliares 6, outras affecções do figado 4, peritonite simples 2. (AFFECÇÕES DO APPARELHO DIGESTIVO 481);

nephrite aguda 16, mal de Bright 107, outra affecção dos rins 1, affecção da bexiga 1, affecções da urethra 4, hemorragia uterina 1, tumor uterino 3, metrite e outras affecções do utero 2, cysto do ovario 1. (AFFECÇÕES DO APPARELHO GENITO-URINARIO 136);

hemorrhagia puerperal 7, outros accidentes do parto 1, septicemia puerperal 10, eclampsia puerperal 1, phlebite e morte subita puerperaes 2. (ESTADO PUERPERAL 21);

gangrena 18, phlegmão, abcesso quentes 1, outras affecções da pelle 4. (AFFECÇÕES DA PELLE E TECIDO CELLULAR 23);

affecção das articulações 1. (AFFECÇÃO DOS OSSOS 1);

vícios de conformação congenita 4. (VICIOS DE CONFORMAÇÃO 4);

debilidade congenita, ictericia e esclerema 76, outras affecções especiaes á primeira idade 33. (PRIMEIRA EDADE 109);

senilidade 39. (VELHICE 39);

suicidio por veneno 3, por enforcamento 1, por arma de fogo 1, por submersão 5, envenenamento agudo 1, incendio 1, queimaduras 8, submersão accidental 6, traumatismo por queda 6, por esmagamento (bonde, automovel, trem, etc) 11; homicidio por arma de fogo 7, por instrumento perfurante 1, por outros meios 1, outras violencias exteriores 1. (AFFECÇÕES POR CAUSAS EXTERIORES 53);

morte subita 1 e causas de morte não especificadas ou mal definidas 47. (MOLESTIAS MAL DEFINIDAS 48).

—Estabelecendo-se os valores, tem-se

MÉDIAS MENSUAES: Com os nascidos e mortos 415,66 e sem estes 374,83;

MÉDIAS DIARIAS: Com os nascidos mortos 13,77 e sem este 12,42.

—I. OCAS: Dos 2.494 obitos foram verificados: em domicilio 1.798, no Hospital Santa Isabel 399, em outros hospitaes, asylos e enfermarias 134, no Hospital de Isolamento 12 e no necroterio do «Instituto Nina Rodrigues» 151,

MOLESTIAS TRANSMISSIVEIS

NOTIFICAÇÕES CONFIRMADAS:

No 1.º semestre de 1915 foram feitas 638 notificações das seguintes molestias:

Febre amarella 6 (3 em janeiro, 2 em fevereiro e um em junho); peste 19 (7 em janeiro, 3 em fevereiro, 4 em março, um em abril e 4 em junho); sarampo 3 (2 em fevereiro e um em março); coqueluche 5 (2 em janeiro, um em abril e 2 maio); diptheria 2 (em fevereiro e em maio); grippe 7 (2 em fevereiro, 2 em março, um em abril e 2 em junho); febre typhoide 9 (um em janeiro, 2 em fevereiro, 2 em março, um em abril, 2 em maio e um em junho); dysenteria 39 (9 em janeiro, 7 em fevereiro, 7 em março, 5 em abril, 8 em maio, 3 em junho); beri-beri 16 (2 em janeiro, 2 em fevereiro, 2 em março, 4 em abril, 2 em maio, 4 em junho); lepra 1 (em janeiro); paludismo 126 (17 em janeiro, 20 em fevereiro, 28 em março, 13 em abril, 21 em maio e 27 em junho); tuberculose 405 (67 em janeiro, 61 em fevereiro, 71 em março, 69 em abril, 69 em maio, 68 em junho); varicella 1 (em janeiro).

— Os casos de febre amarella foram todos de molestia, vindo a fallecer apenas dois doentes.

Houve mais em janeiro a notificação de um obito suspeito de febre amarella.

— Dos casos de peste 12 foram de molestia, sendo 6 destes fataes.

— Um dos casos de diptheria foi de molestia, assim como um de sarampo e cinco de dysenteria, sendo fataes dois destes ultimos.

— As demais notificações referem-se a obitos.

HOSPITAL DE ISOLAMENTO — MOVIMENTO: A 1.º de janeiro de 1915 existiam em tratamento 7 doentes, sendo 4 de peste e 3 no posto de observação.

Durante o 1.º semestre de 1915 entraram 32 doentes, sendo 5 de febre amarella, 12 de peste, 5 de dysenteria e 10 para o posto de observação.

Sahiram curados 22, sendo de febre amarella 4, de peste 8, de dysenteria 2 e do posto de observação 8.

Falleceram 12 doentes, sendo um de febre amarella, 7 de peste, um de dysenteria e 3 no posto de observação.

Ficaram em tratamento 5 doentes, sendo um de peste, 2 de dysenteria e 2 no posto de observação.

JULHO DE 1915

MORTALIDADE—Nesté mez foram verificados 491 cbitos inclusive 42 nascidos mortos, com as seguintes

CAUSAS: Febre amarella 1, peste 3, coqueluche 1, diphteria 1, gripe 1, febre typhoide 1 dysenteria 4, beriberi 3, lepra 2, paludismo agudo 21, paludismo chronico 14, tuberculose pulmonar 73, tuberculose abdominal 2, tuberculose d'outros órgãos 2, syphilis 8, cancer do peritoneo 1, idem do penis 1, tetano 7, rachitismo 1, rheumatismo 1, diabetes 3, anemia 1, alcoolismo 1 **MOLESTIAS GERAES 153**;

meningite 6, hemorrhagia cerebral, apoplexia 17 (**AFFECÇÕES DO SYSTEMA NERVOZO 23**);

pericardite 1, endocardite 3, affecções organicas do coração 12, arterio esclerose, aneurisma 30, affecção das veias 1. (**AFFECÇÕES DO APPARELHO CIRCULATORIO 47**);

affecção do larynge 1, bronchite aguda 10, bronchite chronica 1, broncho-pneumonia 5, pneumonia 7, pleurisia 2, congestão pulmonar 2 (**AFFECÇÕES DO APPARELHO RESPIRATORIO 28**);

angina 1, affecção do esophago 1, diarrhéa e enterite (abaixo de 2 annos) 43, idem (2 annos e acima) 11, parasitas intestinaes 11, hernia, obstrucção intestinal 5, infeção intestinal 17, outra affecção do intestino 1, cirrhose do figado 9, peritonite simples 3 (**AFFECÇÕES DO APPARELHO DIGESTIVO 102**);

nephrite aguda 4, mal de Bright 25, affecção do rim 1, affecção da bexiga 1 (**AFFECÇÕES DO APPARELHO GENITO-URINARIO 34**);

accidente da prenhez 1, hemorrhagia puerperal 1, septicemia puerperal 5 (**ESTADO PUERPERAL 7**);

debilidade congenita, ictericia 18, outras affecções especiaes á primeira idade 12 (PRIMEIRA EDADE 30);

senilidade 3 (VELHICE 8);

suicidio por veneno 1, idem por enforcamento 2, queimaduras 3, traumatismo por esmagamento (bonde) 1, homicidio por arma de fogo 2, fractura 1 (AFFECÇÕES POR CAUSAS EXTERIORES 18);

dentição 1 e indeterminada 9 (MOLESTIAS MAL DEFINIDAS 10).

—Estabelecendo os valores, tem-se :

MÉDIAS DIARIAS.—Do mez: Com os nascidos mortos 15.83 e sem estes 14.48;

Do precedente: Com os nascidos mortos 14.46 e sem estes 13.16.

LOCAES.—Dos 491 obitos, foram verificados: em domicilio 358, no Hospital Santa Izabel 76, em outros hospitaes, asylos e enfermarias 28, no Hospital de Isolamento 3 e no necrotério do Instituto Nina Rodrigues 26.

MOLESTIAS TRANSMISSIVEIS:—NOTIFICAÇÕES CONFIRMADAS: No mez de julho foram feitas 133 notificações, das seguintes molestias: febre amarella 1, peste 5, variola 1, coqueluche 1, grippe 1, febre typhoide 1, diphtheria 2, dysenteria 4, beriberi 3, lepra 2, paludismo 35 e tuberculose 77.

A notificação de febre amarella foi de molestia, o doente fallecendo no mesmo dia.

As de peste foram tres de molestias, das quaes uma fatal.

A de variola foi de molestia, assim como uma das de diphtheria.

As demais notificações referem-se a obitos.

HOSPITAL DE ISOLAMENTO—MOVIMENTO: Existiam em tratamento 5 doentes, sendo um de peste, 2 de dysenteria e 2 no posto de observação.

Durante o mez entraram 6 doentes, sendo 3 de peste, um de variola, um de febre amarella e um de diphtheria.

Sahiram 4 curados, sendo um de peste, um de dysenteria e 2 do posto de observação.

Falleceram : 3 doentes sendo um de peste, um de febre amarella e um de dysenteria.

Ficaram 4 em tratamento, sendo 2 de peste, um de varicela e um de diptheria.

DR. EUVALDO DINIZ GONÇALVES

Perfis Hippocraticos

VIII

Animado da particular actividade que lhe define o character, moço e cathedratico, sente-se-lhe no trato, nos gestos e nos actos a tensão de uma alma cheia, mal contida pela grandeza na desproporção da minguada estatura physica.

Dos mais fortes arautos da actual Bahia medica, que as trepidações do *reformismo*, á parte a jaça de algum senão, despertaram da facil postura de relativo abandono, no transfundir vida nova ás instituições scientificas do paiz, o perfil que bosquejamos é daquelles que logram á penna o proposito da discreção, desvendados para logo aos primeiros ensaios da graphia moral, por um como "reflexo condicional" que, longe do costumado excitante, desata comtudo a série de phenomenos que lhe são subordinados ao simples embate de uma condição actual, satellite remoto do ausente e verdadeiro especifico da excitação.

E é assim que, ao declinar-lhe a vibratilidade de acção e o polymorphismo das occupações, igualmente servidos por intrepida vontade e largo descortino intellectual, como que se o adivinha, presto, a vencer distancias, tangido pela crueldade do chronometro, levando na mente a bem sortida bagagem do officio que o não deixará em falta com os ardentes candidatos a saphyras e esmeraldas e muito menos com os frios pretendentes a paz do "eterno exilio".

Professor por concurso, dedica especial pendôr ao ensino e ás coisas que lhe são affins, ao ponto de viver ás voltas com a complicada entrosagem das leis e regulamentos, á exemplo de um Bœdecker de excursão accidentada, ao qual se apoiam os estudantes, cheios de fé e consciô de successo, fiados na prestigiosa aureola do procurador no seio da brilhante corporação que representa. Dizem até que para tal, não estraga elle a influencia, bastando ir disposto a monopolisar a *falação* o que obriga o julgamento da unica proposta apresentada que é a sua.

A Bahia, terra do seu berço, lhe deve o impulso de importante serviço publico, uma das falhas de outrora em a sua organização policial, e que hoje lhe honra os creditos de cidade civilisada, mercê do zelo inextinguivel que inspirou recente homenagem dos obreiros dessa crusada ao digno chefe e fiel amigo.

Amante do *sport* de Diana, sem os recursos vicariantes do gato, á falta do cão, caça como pode, dando de quando em vez á publicidade as suas impressões sobre a fauna da Bahia, no que respeita aos bandos volantes de formosos dipteros, cevados pela poesia tumular, onde a orchestra das *crysomias* e das *sarco-phagas* lhe fornece pelo codigo da zcante afinação os elementos cruciaes da pericia, a que nunca alcançaria o *terre à terre* do *Scherlockismo* indigena.

E ainda lhe ficam hiatos para o transbordar do temperamento, até nas tristes chronicas do Instituto pois que lhe não abala o animo a tragica narrativa de uma aorta em pedaços, como lhe não móe o semblante a historia dantesca de um ventriculo em explosão.

E' sempre a mesma alma alegre e folgazã.