

GAZETA MEDICA DA BAHIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Vol. XLVII

JANEIRO e FEVEREIRO—1916

N. 7 e 8

Considerações sobre as myiases

Pelo **Dr. Octavio Torres**

*Preparador e livre docente de Patho-
logia Geral*

(Trabalho do Laboratorio de Patho-
logia Geral da Faculdade de
Medicina da Bahia)

Levou-nos principalmente a publicar esta modesta contribuição sobre myiases a interpeção que acerca do processo por nós usado para a cultura das larvas e obtenção das moscas, nos foi feita em uma das sessões da "Sociedade Medica dos Hospitales da Bahia", (*Sessão de 13 de Junho de 1915*), pelo illustrado mestre e amigo Dr. Oscar Freire, a proposito de uma communicação que fizemos á mesma sociedade sobre o assumpto.

Tendo sido somente publicado o resumo da nossa communicação e sem a resposta dada á referida interpeção, resolvemo-nos escrever estas ligeiras considerações sobre a affecção parasitaria em questão, dando assim a lume a nossa communicação por extenso, acompanhada de mais duas observações, uma das quaes interessante por ser um caso produzido pela *mosca domestica*, e da descripção do processo por nós usado para a cultura da larva.

Antes de entrarmos propriamente no assumpto seja-nos permittido dizer algumas palavras sobre o

melhor termo para ser designada a affecção de que vamos nos occupar.

Os francezes usam indifferentemente *myase* e *myiase*. Entre nós muitos usam *myase*, que é uma denominação errada, significando molestia do *musculo* ou do *rato* (do grego *mys*, *myos*). *Myiase* é que deve ser, porquanto a palavra é derivada do vocabulo grego *myia*, *myias* mosca.

Melhor, porém, do que *myiase* seria *myiose*, adoptando a opinião de Lanceraux e outros, que reservam a terminação *ase* para a designação das molestias parasitarias ou infecciosas.

O assumpto de que tratamos é por demais conhecido, não havendo, pensamos nós, quasi um só medico, com alguns annos de clinica, entre nós, que não tenha observado casos de *myiase*, contudo deve merecer a nossa attenção, porquanto tem importancia, não só na medicina em geral, (parasitologia, hygiene etc.), como em medicina legal.

Chama-se *myiase* toda affecção parasitaria, produzida pelas larvas de moscas. Estas podem ser parasitas necessarios, occasionando no homem a *myiase cutanea* (*larva migrans*, *creeping disease*), ou facultativos, vivendo tanto nas feridas dos homens e e outros animaes, como nas substancias em decomposição (*saprozooarios*).

Como Le Dantec, dividimos as *myiases*, conforme a localisação anatomica da larva, em 2 categorias: cutaneas e mucosas (cavidades nasal, ocular, gastrica-intestinal, auricular, etc.).

As *myiases* cavitarias são, entre nós, as mais communs.

Temos observado grande numero de casos, a maior parte delles localizados na cavidade nasal; destes destacamos alguns, não só porque de todos se desenvolveu sempre a mesma mosca *chrysonomyia macellaria*, a mais commum entre nós, como porque á descripção de um caso adaptam-se os outros.

Outrosim fomos levado a fazer a nossa communição e apresentar estas observações á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia, por conselhos do distincto e illustrado mestre e amigo Dr. Oscar Freire, professor de Medicina Legal, que vendo exemplares de algumas moscas por nós obtidas de larvas colhidas em doentes, notava uma mosca, que commummente ataca os cadaveres e que se desenvolveu numa ferida.

As observações são as seguintes:

J. B. de St. A., com 28 annos, pardo, casado, natural da Bahia, carvoeiro domiciliado em Pirajá.

Entrou para a enfermaria de S. José em 28 - XII - 913, com ferida incisa da larynge, produzida em uma tentativa de suicidio. Sahiu curado a 26 - I - 914.

Este individuo dormira ao relento, no caminho de Pirajá para o Hospital.

Na occasião em que o meu distincto collega* e amigo Dr. Fernando Luz fazia o curativo viu umas larvas de mosca, que recolhemos em um vaso, em numero de 18, tendo uma escapado pelas anfractuosi-dades da ferida, a qual foi então toda pincelada com tinctura de iodo, tendo seguido a marcha normal para a cicatrização.

Recolhidas as larvas em caixa de PETRI contendo no fundo um pouco de areia molhada, collocamos um

pouco de algodão molhado na serosidade e pús da ferida e deixamos as larvas crescerem observando-as em baixo do uma grande campanula de vidro, que foi levantada apenas duas vezes para humedecer o algodão. Este é o processo seguido em todas as observações. A caixa de Petri é coberta com gaze. Não nos utilizamos de carne para a cultura

De todas as larvas sahiram apenas 5 moscas, que foram identificadas pelo illustrado mestre Dr. Oscar Freire, como sendo da especie *sarcophaga lambens*. WIED.

A *sarcophaga lambens* como as outras *sarcophagas* não se desenvolve de ordinário em seres vivos. procura sempre os animaes mortos para fazer a postura das larvas, pois ella é larvipara.

Transcrevemos aqui a nota que sobre a mosca escreveu o Dr. Oscar Freire, no seu esplendido trabalho inedito "Fauna cadaverica na Bahia," a qual por uma gentileza especial do mesmo professor nos foi cedida, com a permissão de publical-a.

Eil-a: "XIII - *Sarcophaga Lambens*. WIEDMANN. E' especie tropical originaria da India e do Brazil.

BUSCK encontrou em Porto Rico em excrementos humanos (HAWARD) - SPLENDORE de S. Paulo observou um caso de myiase cutanea produzido por ella, constituindo com o caso descripto por Neiva e Faria, produzida pela *sarcophaga pyophila* Neiva e Faria, as unicas observações brazileiras de myiases causadas pelas *sarcophagas*. A estes casos posso accrescentar mais um observado por OCTAVIO TORRES, na Bahia, tendo sido as moscas identificadas por mim, comparando-as a exemplares de S.

lambens classificados por BEZZI e pertencentes ao Professor PIRAJA' DA SILVA.

A. S. lambens é constante e abundante nos cadáveres. Frequenta-os em muito maior quantidade que a *S. chrysostoma*, embora em numero inferior que ao das chrysomyas.

Chega commumente com a *S. chrysostoma* ou pouco depois della. Em geral, porém demora-se muito mais tempo.

Está disseminada em toda a cidade, tanto nos campos como nas habitações, onde é relativamente commum, sendo geralmente confundida com a mosca domestica.

Cultivada por mim numerosas vezes, evoluendo no prazo de 15 a 20 dias."

II—J. F. com 29 annos, solteiro, pardo, natural da Bahia, roceiro, domiciliado no Caldeirão, entrou para a enfermaria de S. Vicente, do Hospital de Santa Izabel, em 20-XI-914.

O diagnostico clinico era de cirrhose atrophica do figado com ascite.

Este paciente achava-se sob os cuidados do Dr. Claudelino Sepulveda, nosso estimado collega e amigo, a quem agradecemos a observação.

O paciente, que soffria de ozena, conta que tinha por costume dormir nos jardins do Hospital, quando uma manhã repentinamente foi despertado por um accesso de espirros, comichão no nariz, seguido de dôr forte na cabeça (região frontal) e epistaxis não muito abundante. O rosto ficou muito rapidamente vultuoso e edemaciado, tendo principiado o edema pelo nariz e invadindo todo o rosto.

Na occasião não podemos tirar uma photographia do paciente. Sentia cephalalgia, principalmente na região sub-orbitaria.

Pouco depois appareceu um escoamento de serosidade sanguinolenta e fétida pelo nariz. As larvas extremamente vorazes invadiram o antro de HYGHEMORE. Para avaliarmos o poder destruidor destas larvas, diz BRUMPT, "basta ver que o volume das larvas expellidas e seu numero, representa em peso apenas o terço ou o quarto das substancias que ellas absorvem."

"Ellas produzem secreções que liquefazem e necrosam facilmente todos os tecidos até os ossos."

Conseguimos retirar 135 larvas, que foram cultivadas, tendo obtido cerca de 40 exemplares de *chrysonomya macellaria*.

Sabemos que, as larvas pelo seu poder destruidor, graças aos poderosos ganchos de que são armadas, podem invadir todas as partes molles, destruir as cártilagens e perfurar os ossos, chegando ao cerebro, produzindo a morte do paciente ou por hemorragias, infecções (septicemia) ou meningite.

Na observação acima referida, empregamos as injeções de essencia de terebenthina e lavagens com solução de creolina nas narinas, para arrastar as larvas mortas.

O paciente restabeleceu-se.

III—José F. dos S., 30 annos, preto, carregador, natural da Bahia, domiciliado na Penha, entrou para a enfermaria de S. Joaquim, no principio do anno corrente, com queimaduras do 1.º e 2.º grãos, localizadas no abdomeo, nas nadegas e na região lombar.

Indivíduo pouco asseado, dormindo nas ruas ao relento, quando entrou para o Hospital estava com as feridas infeccionadas e tendo algumas larvas de mosca, que o enfermeiro recolheu e nos deu. Obtivemos o desenvolvimento até insecto adulto, tendo sido classificada a mosca como sendo a *chrysomya macellaria*.

IV—B. X. da S., 38 annos, mestiço, casado, natural do Ceará, lavrador, domiciliado em Ponta da Ilha, entrou para o Hospital a 9-IV-915, indo occupar um dos leitos da enfermaria de S. José, serviço do professor Dr. Caio Moura, tendo sabido a pedido a 15-IV-915. O paciente tinha um carcinoma no lado direito da face, já tendo invadido e ulcerado os ganglios do pescoço.

O enfermeiro fazendo o curativo encontrou umas larvas, um numero de quatro, no fim de 6 a 8 dias duas moscas, que classificamos como sendo de *chrysomya macellaria*, o que foi confirmado pela maior autoridade nestes assumptos, entre nós, o professor DR. OSCAR FREIRE.

Depois que apresentamos estas observações á Sociedade tivemos occasião de cultivar moscas de mais 8 casos de myiases, tendo em 7, obtido moscas adultas de *chrysomya macellaria*, e em um 7 exemplares de mosca domestica.

Eis esta ultima observação:

F. J. C., com 50 annos, mestiço, solteiro, natural da Bahia, lavrador, domiciliado em Tapéra. Diagnostico: Estreitamento da urethra com fistulas escrotaes — Entrou a 9-III-915 e falleceu de broncho-pneumonia,

a 3-X-915- Estava internado na enfermaria de S. José, serviço do nosso dilecto amigo DR. FERNANDO LUZ e com abscessos e fistulas urinarias.

Este doente tinha o costume de dormir descoberto durante o dia.

Na occasião em que o distincto interno Snr. ALBERTO RIO fazia curativos, vio diversas larvas de moscas de côr branca, e chamou a nossa attenção para o caso.

Recolhemos 7 larvas no dia 27-VII-915, no dia 29 appareceram as primeiras hupas e no dia 5-VIII-1915 nasceram as primeiras moscas, que morreram dois dias depois. Os insectos adultos foram classificados pelo DR. OSCAR FREIRE como sendo da mosca domestica.

Cito esta observação porque não é commum, não sendo muitos os casos conhecidos de myiose produzidos pela mosca domestica. Quando fizemos a nossa comunicação achava-se recolhido a uma das enfermarias do Hospital de Santa Izabel, um doente de myiose cavitaria, sob os cuidados do illustrado professor DR. EDUARDO DE MORAES o qual veio o fallecer alguns dias depois de meningite em consequencia de infecção produzida pelas larvas de moscas, que no caso em questão foi a *chrysomya macellaria*.

Não faremos a qui a descripção das larvas, nem dos insectos adultos, a qual se encontra em qualquer livro de parasitologia.

A myiose, devida a *chrysomyia macellaria* é a mais commum nos topicos.

A mosca pela necessidade da conservação da especie é um parasita accidental do homem, e é atrahida

de preferencia pelas pessoas que dormem no campo e que têm o halito fétido, máo cheiro do nariz, que têm czena, otorrhéa, os individuos que têm feridas, as quaes não recebem o devido tratamento.

As pessoas sãs não estão livres de serem atacadas.

As moscas põem os ovos cu larvas no orificio das fossas nasaes. Dos ovos, na estação quente, sahem no fim de 1 a 2 horas, larvas cylindro-conicas, de côr branco-amarellada, possuindo dous pequenos ganchos buccaes, por meio dos quaes ellas despedaçam os tecidos; crescem rapidamente e chegam a attingir um centimetro e meio.

Pela leitura que fizemos para escrever a nossa communicação, pensavamos ter sido o DR. OSCAR FREIRE, quem tivesse chamado primeiro a attenção para o desenvolvimento nos sariguês. Na discussão que o mesmo professor se dignou de fazer sobre a nossa communicação e que sahiu completamente publicada na "Gazeta Medica da Bahia", pagina 48 do n. 1 de Julho de 1915, o DR. OSCAR FREIRE dá a prioridade ao Professor SEVERIANO DE MAGALHÃES.

Aproveita a occasião, para fazer um appello aos clinicos, para cultivarem as larvas encontradas em feridas ou outras lesões, afim de ver se conseguem descobrir nas feridas a *chrysomyia Lutzii*, especie muito proxima a *macellaria*, e que foi bem estudada pelo professor OSCAR FREIRE, que deu este nome em homenagem ao sabio entomologista brasileiro DR. ADOLPHO LUTZ.

O tratamento das myioses consiste em eliminar as larvas o mais rapidamente possivel.

Temos empregado a essencia de terebentina ou benzina, em injeções, com resultados extraordinarios nas myiases cavitarias.

Para retirarmos as larvas posteriormente recomendamos fazer grandes irrigações com soluções de creolina ou agua morna.

A agua chloroformada, o acido phenico diluido são tambem aconselhadas, mas segundo LE DANTEC as injeções de chloroformio ou agua chloroformada mesmo são dolorosas e muitas vezes inefficazes, a não ser que as larvas estejam em cavidades accessiveis.

Era nosso intento apresentar á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia um doente de *myiase linear cutanea*, tambem chamada *creeping disease* (Inglaterra) *Nova-bolesti: pulziasta bolest* (Bulgaria), *Hautmaulwurf* (Allemanha); *larva migrans* etc., mas o doente, que não reside na capital, não compareceu, como era nosso desejo, faltando a instantes pedidos nossos.

A larva já tinha feito um trajecto ao redor do dedo anular da mão esquerda, indo a palma da mão e voltando ao dorso, não tendo mais apparecido após constantes cauterizações com tintura de iodo.

O paciente tinha o costume de trabalhar no jardim e talvez em uma destas occasiões tivesse contrahido a molestia.

Uma nova classificação dos leucocyto

Pelo Dr. Mario Andréa dos Santos

Apresentou-se-me occasião oportuna de trazer perante meus illustres consocios um trabalho, — fructo de longas observações e estudos osbtinados.

É uma nova classificação dos leucocytes, organizada por mim, a qual submeterei á apreciação dos meus illustrados collegas.

Desejava fazer a critica minuciosa de todas as classificações existentes, desde Virchow até Poppenheim; desejava estudar a leucogenese, a fim de melhor documentar a classificação que apresento; desejava fazer o estudo minucioso da morphologia externa e estrutura das diversas especies leucocytarias, assim como de suas propriedades smicro-chimicas; desejava fazer larga explanação sobre as granulações leucocytarias pela importancia que apresentam, entre tanto seria abusar da paciente attenção dos que me ouvem transpondo assim, os limites de uma simples communição. Prometto descrever rapida e precisamente a nova classificação, reservando o estudo das minundencias para quando publicar a monographia que desejo fazer sobre o assumpto.

Ha muito, com as descobertas de Wolf e Michaelis sobre granulações especiaes, que denominaram de «*azurophilas*», em vista da electividade especial pelo «*azul*», e, ainda mais, pela impropriedade da nomenclatura de certas especies leucocytarias, eu achava as classificações existentes falhas em certos pontos.

Procurei, por conseguinte, methodizar o assumpto, organisando uma classificação que me parece mais didactica, mais precisa, tendo, para isto, feito demoradas observações e estudos especiaes.

Não tomei como base para a divisão geral os dados embryologicos como fizeram alguns, separando os leu-

cocytyos em formas lymphoides e myeloides, porque as classificações embryologicas, as vezes são inferiores ás morphologicas e physiologicas para os tecidos adultos, e, mais ainda porque ha uma cellula, estudada por Poppenheim, o *lymphoidocyto* que é o traço de união entre a serie lymphoide e a myeloide, dando, assim, todos os leucocytyos quer de uma, quer da outra serie.

O *lymphoidocyto* de Poppenheim, cellula germinativa, por assim dizer embryonaria, existe normalmente no tecido myeloide, e normalmente no tecido lymphodenoide, dando por differenciação especifica o grande *lymphocyto* de um lado (cellula de origem dos monocytos por envelhecimento e dos lymphocytyos por proliferação) e o *leucoblasta* do outro (cellula de origem dos leucocytyos da serie myeloide).

Não ha, portanto, separação completa entre a serie lymphoide e a myeloide, assim como tambem desapareceu o unicismo antigo porque, se bem que o *lymphodocyto* de Poppenheim ou *hemocytyoblasta* de Ferrata possa dar todos os leucocytyos como tronco principal da arvore leucocytyaria, os leucocytyos não se transformam de mono para polynucleares por simples transição. Este tronco principal de arvore leucocytyaria dichotomisa-se nas duas series, que dali em diante se tornam independentes e completamente isoladas.

Ha uma especie de unicismo conciliador, um né-unicismo criado por Poppenheim. Por sua vez, cada especie leucocytyaria se deriva de uma cellula parenchimatosa sessil do tecido lympho-adenoide ou do myeloide.

Eis, portanto as razões por que não adoptei tal divisão.

Não estabeleci também as bases desta classificação nas propriedades phagocytarias, a exemplo do notavel scientista Oswaldo Cruz, porque numa simples observação em laminas coradas, não se pode firmar a acção phagocytaria dos leucocyts observados, precisando, para isto, de longas e difficéis experiencias physiologicas.

Bem se vê que é mais racional tomar como base principal de uma classificação leucocytaria a presença ou ausencia das granulações, cujas propriedades microchimicas são hoje facilmente reconhecidas graças á analyse chromatica estabelecida pelo immortal Ehrlich. Pode-se, pois, levar em consideração a propriedade phagocytaria, sòmente para as subdivisões.

A presença ou ausencia das granulações servem de base para a divisão dos leucocyts em dois grandes grupos, como fizeram Eppenheim, Rieux e outros, a saber: 1.^o *agranulocyts* que são os leucocyts despidos de qualquer granulações; 2.^o *granulocyts* que são os providos de granulações.

Entretanto, senhores, nas classificações existentes parece haver um defeito que é a inclusão dos leucocyts com granulações azurophilas no grupo dos não granulosos. Firmam-se os hematologistas, para isto, nos seguintes argumentos: as granulações azurophilas não são especificas como as outras; as granulações azurophilas são productos degenerativos, assim affirma Ehrlich; as granulações azurophilas são estados primitivos das granulações neutrophilas, assim affirma

Grawitz; as granulações azurophilas representam productos de secreção do cytoplasma com fraca basophilía, assim entendem uns as granulações azurophilas sómente se coloram pelo «eosinato de azur», assim proclamam outros.

Ora, meus senhores, ainda não está provado que as granulações azurophilas não sejam específicas, nem affirmada a especificidade absoluta de todas as outras, até porque Ferrata obteve colorações vitaes nas granulações leucocytarias, estando as azurophilas incluídas neste meio, corando-se igualmente as neutrophilas, acidophilas e basophilas. Se Ehrlich considera as granulações azurophilas productos degenerativos, da mesma sorte Pappenheim considera as granulações basophilas. Se as granulações azurophilas são estados primitivos das neutrophilas, tanto melhor para as considerar semelhantes, idénticas e até genitoras destas. Se as azurophilas são productos de secreção cytoplasmaticas as outras também o são. Se as granulações azurophilas, finalmente, só se coram pelo eosinato de azur, do mesmo modo as neutrophilas só tomam as cores neutras, as acidophilas as ácidas, e as basophilas as basicas.

Diante desta argumentação clara e positiva, eu considero as granulações azurophilas semelhantes ás neutrophilas, acidophilas e basophilas, de modo que, em opposição absoluta a todas as classificações, inclúo os leucocytos que possuem taes granulações no grupo dos granulocytos.

Para que este desprezo e ar de pouco caso ás granulações azurophilas?

No grupo dos *agranulocytos*, que são todos isomorphonucleares *aphagocytos* (possuem nucleos iguaes na forma e não têm poder *phagocytario*) considero somente duas variedades de *leucocytos*: 1.^a *mycrolymphocytos*, antigos pequenos *lymphocytos*, do tamanho de uma hematia (de 7 a 9 micra), com nucleo *trachy-chromatico* occupando quasi toda a cellula, apenas visivel uma estreita orla de cytoplasma fortemente basophilo; 2.^a *macrolymphocytos*, identicos aos primeiros, delles se distinguindo pelo maior volume e pela orla cytoplasmatica menos basophila e mais larga. Adoptei estas denominações, porque, pelo estudo da leucogenese, se verifica a existencia de cellulas originarias dos *lymphocytos*, denominados *grandes lymphocytos* já referidos no começo desta communicação. Será melhor, neste caso, para evitar confusões, chamal-os micro e *macrolymphocytos*. Os primeiros existem no sangue normal, segundo as medias tiradas por mim em 51 individuos sãos, com a percentagem de 10 a 20%, e os segundos de 8 a 12% em 18 observações.

No grupo dos *granulocytos* existem *leucocytos* dotadas de poder *phagocytario* e tambem privadas deste poder. Dahi a divisão em *phagocytos* e *aphagocytos*.

Os *phagocytos* podem ser *macrophagos* e *microphagos* conforme tenham preferencia para as cellulas ou para as bacterias, isto é, conforme sejam *cytophagos* ou *nucleophagos* (as bacterias são quasi constituidas por substancia nuclear segundo os estudos de Sawtchenko publicados nos archives ~~français~~ de Pathologia em 1902).

H. P. P. P. P.
E M

Os macrophagos são os azurogranulocytos a que, ha pouco, me referi, podendo ter os nucleos iguaes na forma—são os *isomorphonucleares*, ou tendendo para o polymorphismo—são os *anisomorphonucleares*.

Os primeiros são representados por duas variedades: *metalympocytes* e *grandes monocytos*.

Os *metalympocytes*, assim os denominei, porque são as formas amadurecidas, envelhecidas, por assim dizer transformadas dos lymphocytos. Acha-se, portanto, além destes, estando o prefixo *meta* muito bem expresso. Parece-me, pois, muito cabivel a nomenclatura estabelecida por mim.

Estes leucocytos (os *metalympocytes*), denominados imprópriamente de lymphocytos leucocytoides por Pappenheim, porque o lymphocytos já é um leucocytos, são macrolympocytes granuloses, differenciando-se apenas pela presença das granulações azurophilas e pela disposição um pouco excentrica do nucleo que se torna menos arredondado com ligeira tendencia ao anisomorphismo. Esta variedade leucocytaria está unida aos antigos grandes lymphocytos das classificações de Weill e Oswaldo Cruz, e só a ella se deve o poder phagocitario destes grandes lymphocytos.

Observei em 18 individuos são os *metalympocytes*, obtendo a percentagem de 10 a 15 %.

Os *grandes monocytos* são os antigos grandes mononucleares de Ehrlich com os mesmos caracteres já conhecidos, apresentando granulações azurophilas no cytoplasma, com nucleo excentrico, isomorpho e amblychromatico. (?)

Referi a denominação de grande monocyto dada por Rappenheim, porque melhor dá a idéa de uma grande cellula. Grande mononuclear parece mais um grande nucleo. Estes leucocytos existem no sangue na proporção de 2 a 4 %, conforme a percentagem obtida por mim em 51 observações.

Os *anisomorphonucleares* só possuem uma variedade: os *metamonocytos*, denominação criada por mim, porque são as formas envelhecidos dos grandes monocyto, permanecendo as mesmas razões do uso do prefixo *meta* nos metalympocytos. Elles representam as antigas formas de transição, impropriamente assim chamadas, porque não estabelecem a transição dos mono para os polynucleares como querem erradamente os adeptos do unicismo de Virchow. São o ultimo estado dos monocyto, como os metalympocytos dos lymphocytos.

Os *metamonocytos* foram observados em 51 individuos, tendo encontrado a percentagem de 1 a 3, 50 %.

Os *microphagos* são todos polymorphonucleares e se representam pelos *neutrophilos* e *eosinophilos*, conforme apresentem grânulações neutrophilas ou acidophilas. Baseado nos estudos de Arneth sobre o indice neutrophilo e eosinophilo, dividi-os em uni, bi, tri, tetra e pentalobulados, conforme o numero de lobulos nucleares, sendo que os eosinophilos só possuem no maximo quatro. Nunca observei mais de quatro lobulos nos eosinophilos. Os lobulos nucleares podem ser arredondados, alongados, contornados ou ligeiramente chanfrados, combinados de modos diferentes.

Fiz 103 observações para os neutrophilos obtendo as seguintes percentagens: unilobulados—2 a 3 %; bilobulados—12 a 15 %; trilobulados—24 a 29 %; tetralobulados—10 a 14 %; pentalobulados—1,50 a 2 %. Isto é a percentagem em 100 leucocytos totaes (de todas as especies) e não de 100 neutrophilos como no indice de Arneth.

Para os eosinophilos sómente pude fazer 10 observações cujas medias são as seguintes: unilobulados—0,05 a 0,40 %; bilobulados—0,50 a 2 %; trilobulados—0,10 a 0,80 %; tetralobulados—0,005 a 0,04 %.

Os aphaagocytos granuloses são polymorphonucleares e se representam pelos *basophilos*, antigos labrocytos ou mastzellen, cujos caracteres já nos são conhecidos.

O cytoplasma contem granulações basophilas coradas metachromaticamente pelo azul de Unna e vacuolos perfectamente visiveis. Podem ser uni, bi e trilobulados, conforme o nucleo tenha um, dois ou trez lobulos tambem de formas variaveis. Nunca observei mais de trez lobulos nucleares.

Em 10 observações encontrei a seguinte percentagem: unilobulados de 0 a 0,10 %; bilobulados de 0 a 0,30 %; trilobulados de 0 a 0,10 %. São, como se vê, rarissimos no sangue.

Usei para todas as minhas observações o corante de Giemsa e o methodo panoptico de Pappenheim, os quaes differenciam perfectamente todas as especies leucocitarias e todas as granulações, além das hematias e hematoblastas que se apresentam de um modo

muito nitido. Os nucleos, por estes processos, apresentam-se corado em roxo, o cytoplasma dos neutrophilos, eosinophilos e basophilos em roseo claro, o cytoplasma dos lymphocytos e monocytos em azul claro, as granulações azurophilas em vermelho purpura brilhante, as neutrophilas violaceas, as eosinophilas em vermelho côr de tijolo e as basophilas em azul escuro quasi negro.

Parece-me, pois, sob o ponto de vista clinico, uma classificação que satisfaz plenamente.

Ora, tirada a formula leucocytaria pela nova classificação, se tem aproximadamente o indice de Arneth e de Volf, sendo necessario apenas um simples calculo. Se nesta formula houver augmento dos neutrophilos ou dos eosinophilos nos uni e bilobulados ha desvio para cima, correspondendo ao desvio para a esquerda no indice de Arneth; ao passo que se houver augmento dos tetra e pentalobulados o desvio será para baixo, correspondendo ao desvio para a direita no indice de Arneth.

Sob o ponto de vista prognostico, a formula leucocytaria feita pela nova classificação melhor esclarece.

Exemplifiquemos.

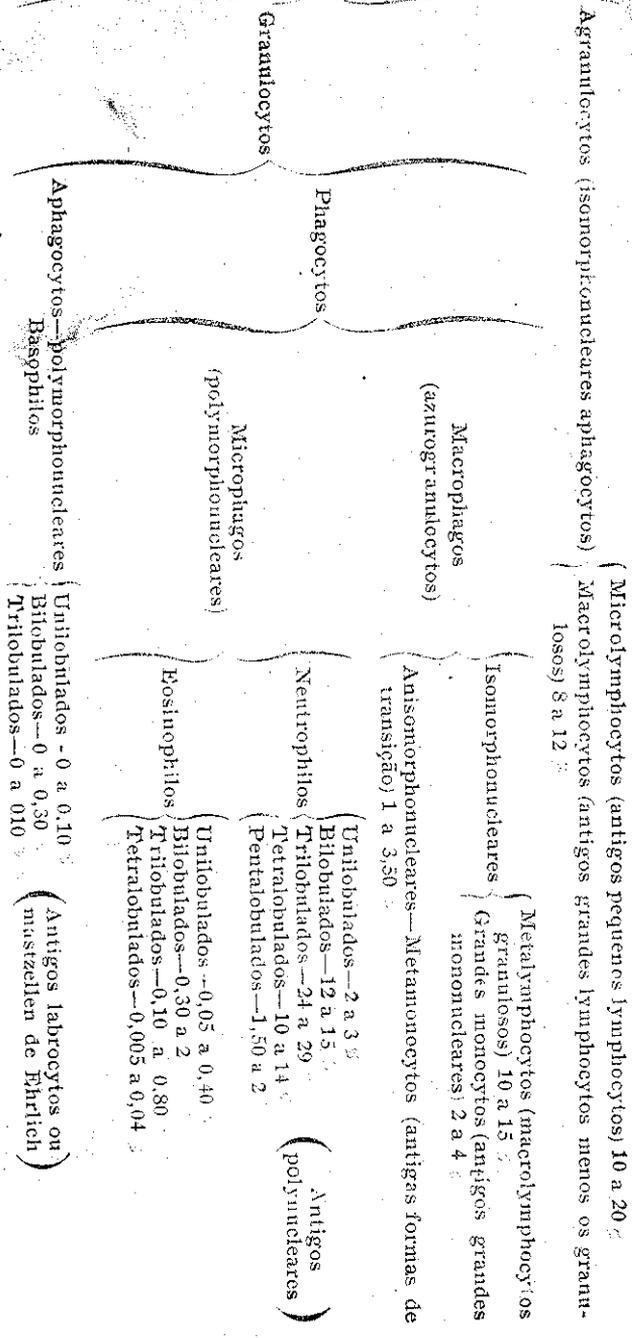
Uma affecção com neutrophilia em que haja o augmento para baixo é mais favoravel do que se o augmento fôr para cima. (Outras considerações foram feitas).

Eis, meus senhores, tudo quanto poderia dizer numa simples comunicação sobre o trabalho apresentado o qual submetto á discussão desta Sociedade.

Classificação dos Leucocytos

Pelo Dr. Mario Andréa dos Santos

LEUCOCYTOS



Nota sobre as polyurias psychopathicas (1)

Por ALBERTO MATHIEU

Médico do Hospital Saint Antoine

O grupo artificial do diabetes insipido, cujo unico elemento commum era a polyuria sem glycosuria e sem albuminuria, é agora dissociado.

Das diversas variedades de polyurias que o constituam a polyuria dita hysterica é certamente a melhor estudada. Ella constitue uma manifestação de origem psychopathica, cujo character essencial, como nitidamente o indicou M. Babinski é o de poder ser suscitado ou refreiado pela suggestão. Nós pensamos, de nossa parte, que existem, ao lado della, outras formas de polyuria psychopathica que ella não engloba mais, do que, de um modo geral, a hysteria limitada pela suggestão engloba todas as formas leves e graves da degenerescencia nervosa de determinações psychicas.

A natureza hysterica de certos casos de polyuria simples admittida de longa data por uma serie de auctores resultava para elles do seo apparecimento nos grandes e sobretudo nos grandes nevropathas, da sua installação muitas vezes brusca; de par com manifestações nervosas consideradas como histericas.

Eu tenho, por minha vez, notado o comparecimento da polyuria em consequencia de algum choque moral ou physico e sua coexistencia com as perturbações

(1) — Communicação feita á Academia de Medicina em 13 de Fevereiro de 1915. (Extraida da Revista: Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition.)

da sensibilidade geral e especial erigidas por Charcot á dignidade de *estygmas* hystericos. (2)

Pouco tempo depois, M. Babinski fez vêr que a suggestão tinha sobre a polyuria hystericica a mesma acção provocadora e curativa que sobre os outros *estygmas* hystericos. (3)

Em apoio desta concepção, eu pude trazer uma observação de grande polyuria, sem *estygma* hystericico na qual a quantidade diaria da urina muito elevada caio, de cerca de 20 litros, sob a influencia da suggestão medicamentosa. (4)

Um homem de 30 annos, ligeiramente obeso, cujo pae morrera em um azylo do alienados e de qual uma das irmãs era surda-muda e uma outra épileptica, urina de 22 a 25 litros por dia.

Depois de ter seguido, sob a minha direcção, um tratamento pelo extracto de valeriana que tinha, momentaneamente, abaixado a micção a 16 litros, entrou para o serviço de Lancereaux com uma polyuria de 25 litros.

Não havia nem assucar, nem albumina na sua urina, que continha 35 a 40 grammas de uréa por dia. Lancereaux com o accento de convicção e de autoridade que lhê era pessoal, annuncia aos seus numerosos discipulos que este diabetes insipido vae melhorar e curar-se sob a influencia da phenacetina, da qual prescreve 1 gramma por dia. Desde o terceiro dia,

(2)—A Mathieu. Un cas de diabète insipide chez un hystérique. *Soc. Méd. des Hôpit.* 24 Julho 1891.

(3)—Babinski. Polyurie hystérique; influence de la suggestion sur l'évolution de ce symptôme. *Soc. Méd. des Hôpit* 13 Nov. 1915.

(4)—A Mathieu. Un cas de diabète insipide guéri par suggestion. *Soc. medic. des Hopit.*, 11 mars 1892.

por instigação minha, M. Thirolaix então interno do serviço, fez, ás occultas de todos, substituir a phenacetina por chloreto de sodio na dose crescente de 1 gramma, 1 gr. 50, 2 grammas e 2 gr. 50. Em 15 dias o volume da urina cae de 25 a 5 litros.

Nesta occasião M. Thirolaix descobre a trapaçaria e a quantidade de urina sobe a 9 litros em alguns dias.

Eu não tinha anteriormente obtido exito nas minhas tentativas de suggestão; Lancereaux conseguiu-o graças á sua auctoridade pessoal, auctoridade suggestiva tanto mais poderosa, quanto era inconsciente.

Cada manhã, passando deante do leito do doente, elle não deixava de elogiar aos alumnos que o seguiam a efficacia verdadeiramente maravilhosa da phenacetina nos casos deste genero.

Em um facto observado o anno passado pelo Dr. Laboulaie, a polyuria era menos elevada; ascendia somente a 6 litros por dia. O vehiculo da suggestão medicamentosa foi, desta vêz, o extracto de taraxaco, prescrito sob o nome latino, estrondoso e impressionante, de *taraxacum dens leonis*. O volume das urinas não tardou a cair aos arredores de 2 litros; a sêde anciosa diminuiu; o doente recobrou disposição e peso. Mas um dia tendo-lhe o pharmaceutico revelado que o *taraxacum dens leonis* não era senão o vulgar taraxaco (pissenlit), houve uma recaida. Eu pude recobrar o terreno perdido affirmando-lhe que as pilulas, que nós mesmo tinhamos fornecido, encerravam, de facto, com um vehiculo banal, uma substancia muito activa, que queriamos por emquanto conservar em segredo. A polyuria recaio a cerca

de 2 litros e o doente vio novamente desaparecerem os seus incommodos.

Estas duas observações offercem dous exemplos typicos de suggestão medicamentosa. Quantos medicos, como Lancereaux, têm feito uma suggestão medicamentosa tanto mais activa quanto era inconsciente!

Qual é o factor primordial nestas formas de diabetes insipido? É a sêde ou a polyuria?

Na maior parte, senão na totalidade dos casos que eu pude pessoalmente observar, a sêde era acompanhada de uma sensação de incommodo e algumas vezes mesmo de agonia muito penosa. Os doentes não na podiam acalmar senão bebendo abundantemente.

É um ponto para o qual Dufour, por sua vêz, chamou a attenção. (1)

A sensação de vacuo cerebral, de desfallecimento, de agonia sentida por estes nevrosicos polydypsiacos lembra a que experimentam os morphinomanos, e de um modo geral, todos os toxímanos quando chega a hora de tomar o seo veneno habitual.

O mau estar causado pela sêde ansiosa é tão vivo por vezes que alguns polyuricos desta especie, chegam, na falta de melhor, a beber sua propria urina.

Quando se trata da polyuria dita hysterica, a suggestão, qualquer que seja a modalidade sob a qual se exerça, faz desaparecer a sêde ansiosa.

A sêde psychopathica é então sempre susceptivel de ceder sob a influencia da suggestão?

Em outros termos, não ha bulimia dos liquidos

(1) — *Soc. méd. des Hôpit.*, 12 mai 1905

sinão sob a influencia da sensibilidade á suggestão, do pithiatismo, como o diria Babinsk ?

Não o creio.

Em certos doentes a *potomania*, para empregar a expressão pela qual Ch. Achard e L. Ramond designaram esta perversão psychopathica, a potomania começa desde a infancia. (2)

Um menino de 6 annos, creado no campo, passava horas a beber a agua retida depois da chuva sobre as folhas de couve. Elle se precipitava de resto com avidéz sobre todas as bebidas que podia alcançar. Um outro dos meos jovens doentes ia até a beber oleo de figadô de bacalhau á garrafa.

Esta perversão pode persistir até a idade adulta, como nos casos de Achard e Ramond. Ella evolúe então por surtos paroxysticos e por isto os potomaniacos approximam-se dos dipsomaniacos de Laségue. (3)

Parece-me que em certos casos a molestia era rebelde á suggestão e que a tara nervosa era aqui mais profunda e mais grave do que naquelles em que a suggestão agia.

Seria então, em toda a força do termo, a polyuria dos degenerados hereditarios de G. Ballet.

A esta forma grave vesanica pode-se oppôr o simples treinamento a beber de modo excessivo,

(2)—Ch. Achard e R. Ramond. *Société médicale des Hopitaux*, 12 mai 1905.

(3)—Ch. Laségue. *Dipsomanie e alcoolisme*. *Arch. génér. de médic.*, septembre 1882.

nesmo água, que apresentam certos nevropathas muito menos fortemente tarados. Elles se criam assim uma necessidade artificial de beber que não tem os caracteres da sêde anciosa e que cede muito facilmente, as mais das vezes, sob a influencia de simples advertencias.

Pode-se assim reconhecer na potomania e na polyuria, que é a sua natural consequencia, tres variedades differentes:

1.^o—*A potomania simples*, por treinamento, que cede facilmente ás simples advertencias;

2.^o—*A potomania hysterica*, susceptivel de ceder á suggestão;

3.^o—*A potomania grave*, dos grandes dégenerados hereditarios, tão rebelde á suggestão quanto á educação.

Esta é, como se vê, a classificação geral das nevroses psychicas que podem, por sua vez, se grupar em três grandes categorías, conforme podem ceder á persuasão, á suggestão ou se mostrar rebeldes tanto a uma como a outra. Encontram-se assim factos correspondentes á neurasthenia leve, á hysteria, e enfim á neurasthenia grave com ideias fixas, phobia, e agonia. Estas ultimas na realidade confinam com os estados vesanicos.

Os autores que têm nestes ultimos annos estudado os diabétes insipidos, impressionados como os seus predecessores pela lembrança do diabétes assucarado, têm pedido ás polyurias nervosas provas de que ellas não eram o diabétes, isto é, uma polyuria subordinada a uma perturbação da nutrição e tendendo naturalmente á cachexia. Em presença dos factos de polyuria consecutiva á potomania, dos quaes nos

acabamos de occupar, parece-nos mais logico, proceder em sentido contrario e de procurar a principio si a polyuria não é a consequencia de uma perturbação psychopathica susceptível de trazer, com as suas modalidades e seus graus diversos, a sede exagerada por treinamento, a sede ansiosa e pela sede a polydipsia e secundariamente a polyuria. Os resultados das pesquisas de Vidal, Lemiére e Digne⁽¹⁾ confirmadas pelas de M. M. Goldberg e R. Hertz,⁽²⁾ são inteiramente desfavoraveis a esta concepção. Ellas tendem a destruir a theoria do diabetes hydurico de E. Meyer.

Nos casos que elles têm estudado, nada demonstra que o rim tenha perdido a faculdade de augmentar a concentração da urina, nem que a polyuria seja anterior á exaggeração e á perversão da sede, á bulimia dos liquidos, á potomania. Em que casos ella é o phenomeno inicial do diabétes insipido, é o que conviria demonstrar em these geral e nos factos particulares.

ASSOCIAÇÕES MEDICAS

SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES DA BAHIA

Sessão de 31 de Outubro de 1915

Precede a ordem do dia rapida exposição do prof. Leoncio Pinto, concernente á natureza do tumor que na sessão anterior fôra o motivo da comunicação

(1)—Widal, Lemiére et Digne. Polyurie hystérique et poly-chlorurie *Gaz. des Hôpít.*, 1915, n. 24, p. 273.

(2)—Goldberg e Hertz. L'élimination des chlorures dans la polyurie simple. *Revue de Médecine*, Février 1913.

do seu collega A. Borja. Revelara-se-lhe, ao córte, diversamente constituido o neoplasma. Na periphéria encontrou elementos sarcomatosos, para logo substituidos por cellulas epitheliaes e mais ao centro por verdadeiros elementos branchiomatosos. Reconstituindo o passado evolutivo do tumôr, acredita-o de origem branchial, estado em que se conservou durante muitos annos e só ultimamente degenerado em sarcoma, a partir da epocha do seu mais rapido desenvolvimento, o que se fez de um anno para cá.

Ruptura accidental da bexiga durante uma hysterectomia abdominal.—O prof. J. Adeodato faz o historico do caso a começar pelos dados symptomaticos que o levaram a firmar o diagnóstico de myoma uterino. A evolução do tumôr se fazia intraligamentar e notavam-se grandes perturbações vesicaes, pollakiuria, dôr.

Ao primeiro golpe da compressa para destacar a bexiga, deu-se o accidente, pois que esta não mantinha com o tumôr uma simples adherencia cellulosa; havia fusão completa entre ambos e o tumôr representando como uma verdadeira parede do organo vesical. O utero, reduzidissimo de volume era um «simples nucleo myomatoso engastado ao tumôr».

Foi praticada a sutura da bexiga, no que foi forçado a reduzir-lhe a capacidade, sendo a operação seguiu de exito, cicatrização *per primam*, a não ser a eliminção de uma pouca de serosidade purulenta

do ponto de drenagem. Convida aos collegas a visitarem a enferma que se acha ainda em sua enfermaria.

— Sobre o caso fala apenas o Dr. Lydio de Mesquita, que allude a duas observações da sua clinica constantes da memoria que enviou ao Congresso Medico de S. Paulo. Em ambas, lesou a bexiga com o bistouri, attenta a estranha situação do organo, desviado pelo tumôr. Fizéra tambem a sutura com Lom resultado, por processos differentes, Bazy-Lambert num caso e Lambert no outro, attendendo as condições da parede vesical quanto a organização muscular.

— Fala ainda o professor Adeodato. Desde que seu distincto collega Dr. Lydio de Mesquita, entendeu de ampliar assim o assumpto de sua communicação, tornando-o extensivo a tão diversa origem, lhe é oportuno referir-se a um caso analogo de sua clinica, o que faz, traçando na pedra as relações anoma-las da bexiga com a parede abdominal entretidas por um tumôr uterino que ha tempos operou.

Myosite ossificante. — A formação de tecido osseo nos musculos não é coisa rara, seja em consequencia de variadas lesões traumaticas, ou com a ausencia d'estas, e frequentemente tambem simultaneamente em muitos musculos.

Em alguns casos a neoformação de tecido osseo nos musculos assume uma tal diffusão a fazer pensar em uma forma dystrophica especial, em outros ao contrario o osso neoformado attinge a um volume

tal, a fazer pensar antes em um processo neoplástico; mas na maioria dos casos pode-se pensar que o desenvolvimento do tecido osseo seja o effeito de um lento processo inflammatorio hyperplastico, e por conseguinte com razão se deve considerar esta affecção entre as myosites chronicas.

Distingue-se antes de tudo duas formas de myosite ossificante: a *parcial* e a *diffusa*.

A *forma parcial*, ou *circumscripta*, conhecida desde os tempos antigos, e descripta como *osteoma muscular* (Billroth, Virchow, Volkmann, Oslow, Favier, Uelferich, Berthier, etc.) consiste na formação lenta de um nucleo osseo, ou de uma placa ossea na espessura de um ventre muscular.

Observa-se com alguma frequencia em todas as idades da vida, porém mais frequentemente na idade adulta ou na velhice, e as sédes mais frequentes são os musculos adductores da côxa, os da espadao e do braço.

Etiologia e pathogenesis. As causas ordinarias são representadas pelos traumatismos, especialmente pelas contusões e dilacerações musculares, sobretudo quando repetidas, pois as lesões podem ser renovadas nas molestias profissionaes: observa-se de facto as mais vezes nos musculos inversores dos cavalleiros (*osteoma dos cavalleiros*) pelos frequentes atritos, esforços e contusões a que estão sujeitos estes musculos no cavalgar; nos musculos da espadao, e propriamente no deltoide ou no trapezio dos soldados (osso do exercicio), por effeito da pressão da espingarda sobre

o hombro; nos musculos anteriores da côxa dos sapateiros, que usão bater com o martello a sola, sobre uma pequena placa de ferro ou madeira apoiada sobre as côxas, e assim por diante.

Outras vezes, porém, falta em absoluto na anamnese qualquer lesão traumática, e então só se pode apellar para o reumatismo, ou a diatese arthritica; porque, de facto, é na maioria das vezes, nos individuos arthriticos e rheumaticos que se encontra a lesão.

O mecanismo do processo pelo qual se forma no seio do musculo o novo tecido osseo tem sido interpretado de varios modos pelos autores. Alguns dão grande importancia á presença de hematomas intramusculares, a cuja transformação attribuem na maioria dos casos a primeira origem do novo osso (Charrot, Seydeler). Outros acreditão que a nova formação ossea seja dependente do poder osteogeno do periosteo, notando que frequentemente as lesões se observão em seguida ás fracturas, especialmente quando ha deslocamento dos fragmentos, que curião com póiro disforme, e tambem muitas vezes concumitadamente com processos de periostite ossificante: esses pensão em summa, que em todos os casos o novo osso se origine de particulas de periosteo, destacadas do osso por effeito do proprio traumatismo, e espalhados no tecido muscular (Oslow, Berger, Berthier). Sem duvida porém, ainda que estes mecanismos pathogenicos sejão em muitos casos verosimeis, não podem ser invocados em todos os casos, seja porque muitas vezes faltem todos os traços de hematoma ou os traumatismos soffridos não sejão de ordem a fazel-os

nem mesmo euppor, seja por faltarem as mais das vezes qualquer lesão do esqueleto, e finalmente porque não raramente a placa ossea acha-se no centro do ventre muscular, longe do esqueleto, até mesmo no meio do diaphragma.

E' portanto forçoso admittir que no maior numero dos casos seja um processo inflammatorio chronico que produza uma hyperplasia do tecido conjunctivo intersticial, soffrendo esta mais tarde, por condições por nós ignoradas, a transformação em tecido osseo (Virchow, Schmidt, Le Dentu).

Anatomia pathologica.— O nucleo ossificador, que se encontra no tecido muscular, pode ser de diferentes dimensões, desde um grão de milho á uma grande amendoa, e mesmo muito mais volumoso: a forma é ordinariamente alongada, as vezes como uma agulha ou como um longo fuso, podendo attingir 10 á 15 cm. de comprimento. A sua séde ordinaria é junto a inserção das fibras musculares ao osso e ao longo do tendão: sendo muitos mezes solidamente implantado no osso (ossificação do tendão); outras vezes a implantação é feita mediante tecido fibroso, gosando a lamina ossea de uma certa mobilidade, sendo todavia connexa ao osso e ao periosteo; menos frequentemente está inteiramente livre no centro do ventre muscular, mas sempre ao longo do tendão.

A união com as fibras musculares é sempre muito intima, sendo esses nucleos implantados directamente no osso, o que torna muito difficil a sua ablação.

As vezes existem dois centros de ossificação situ-

ados nos dois extremos de inserção, raramente mais de dois.

A estrutura do nucleo ossificador parece ser á do tecido osteoide resultante de largos systemas de laminulas dispostas sem ordem, limitando amplos espaços diploicos, porém as vezes o tecido é mais compacto e a estrutura aproxima-se muito da do osso normal, com systemas de laminulas mais delgadas e mais ordenadamente dispostas, circumscrevendo verdadeiros canaes Haversianos. Outras vezes encontra-se uma porção de substancia ossea compacta e no centro tecido osteoide bastante esponjoso; tem se visto tambem um esboço de canal medular, como nas diaphises dos ossos longos. Frequentemente o tecido osseo não é puro, existindo entre as laminas osseas zonas de tecido fibroso ou adiposo, e em alguns casos viu-se tambem ilhas de fibro-cartilagem.

O tecido osseo n'estes casos origina-se sempre do conjunctivo intramuscular: as fibras musculares não fazem senão alterarem-se passivamente de facto, o tecido muscular circumstante ao osso neoformado, e muitas vezes o ventre muscular, se acha em estado de esclerose mais ou menos adiantada.

Symptomatologia.— A apparição da affecção é as mais das vezes indolor, e frequentemente inesperada.

Quando existe uma lesão traumatica mais ou menos grave, como seja uma forte contusão, uma dilaceração ou uma ruptura muscular, observa-se depois de alguns mezes, que o musculo fica endurecido: permanece a

dôr nos movimentos, advertindo até o enfermo frequentes caimbras dolorosas no musculo.

Pela palpação se pode verificar uma dureza profunda, ora apenas perceptivel, ora bastante evidente, que augmenta progressivamente de volume por alguns mezes ficando depois estacionaria. A presença da placa ossea intramuscular quasi sempre impede a contracção do musculo impedindo os seus movimentos, de modo a constituir um serio inconveniente, que pode inhabilitar para algumas profissões especiaes: assim, por exemplo, na myosite ossificante dos inversores da coxa, que é o caso mais frequente (osteoma dos cavalleiros), o nucleo ossificador se acha ordinariamente para a inserção superior dos musculos ao pubis, como se sente claramente pela palpação, produzindo dores no cavalgar, ás vezes tão intensas, que chegam á impedir completamente este exercicio.

Tratamento. — Em primeiro lugar se aconselha a cura iodica e a massagem, com o fim de fazer cessar as dôres e as caimbras, se existem, e tambem na esperança de sustar o crescimento do osso. Quando a affecção é indolor, ou incommoda pouco, e não impede ao doente o exercicio da sua profissão, é preferivel limitar se á estes meios e aconselhar os banhos termaes alcalinos.

Porém no caso em que o osso intramuscular seja bastante volumoso, provoque dôres ou acarrete molestia grave ou impedimento ao trabalho, deve-se recorrer á cura cruenta, ou seja a extirpação. Após a extirpação fica sempre um largo e profundo cavado

no musculo, que se deve limpar minuciosamente, e esperar que a lesão cure por granulação.

A forma diffusa, tambem chamada *myosite ossificante multipla e progressiva*, ou *myosite ossificante generalisada*, é uma grave molestia geral, de interesse puramente medico.

Observada primeiramente por Bertrandi, Testalin e Daubressi, Virchow, foi estudada e minuciosamente descripta por Münchmeyer, Hawkins, Wilkinson, Pinter, Salman, Geber, Lescer, e outros.

É uma grave forma morbida felizmente muito rara, que se observa com maior frequencia na Alemanha, Inglaterra e America do Norte.

Ataca de preferencia as crianças nos primeiros 3 á 4 annos de vida, mas ás vezes tambem os meninos e adolescentes até 15 annos.

Etiologia e pathogenia. — *A etiologia e a pathogenia* são ainda obscuras. Em alguns casos tem sido descripto um traumatismo, ainda que leve, consistindo no maximo em contusão ou distensão muscular, como o primeiro momento etiologico: porem na maioria dos casos a molestia surge sem causa alguma traumatica. A maior parte dos autores considerão a ossificação diffusa e multipla como o resultado de uma lenta inflamação do tecido conjunctivo intersticial dos musculos (Virchow, Münchmeyer). Outros tendem a consideral-a como uma lesão distrofica, e alguns encontrarão mesmo lesões systematicas na medulla espinhal (Eichorst, Schwartz.)

Anatomia pathologica. — As lesões apparecem nos

musculos da nuca, depois estendem-se aos do dorso, das espadoas, e finalmente aos musculos das articulações.

A principio apresenta-se uma tumefacção e endurecimento das massas musculares, e em seguida manifesta-se a ossificação, no começo como finas agulhas ao longo do tendão, ao passo que o ventre muscular apresenta um rapido processo de atrophía fibrosa, a ossificação prosegue rapidamente, e finalmente todo o musculo pode ossificar-se e transformar-se em uma especie de osteofito implantado no esqueleto. E' de notar-se o fato de nunca se produzirem verdadeiras contracturas.

Pela observação microscopica se reconhece logo uma infiltração celular no tecido conjunctivo intramuscular e tambem ao longo das fascias e tendões que pouco á pouco se transformam em conjunctivo fibroso, enquanto que as fibras musculares atrophião-se (endurecimento fibroso), e finalmente manifesta-se a producção de multiplos nucleos de ossificação em forma de agulha ao longo dos tendões e intersticios entre os feixes musculares, que depois se fundem entre si: a ossificação do tecido é frequentemente precedida de uma phase cartilaginosa.

Os symptomas são característicos. As crianças queixão-se de dores mais ou menos intensas na nuca e no dorso, depois os movimentos da cabeça e do tronco tornão-se difficeis e dolorosos: os pequenos enfermos tomão uma attitude especial com a cabeça tesa e enterrada nas espaduas, encurvando o dorso.

Ao longo da nuca, nas espaduas e no dorso manifestão-se tumefacções irregulares, duras, devidas á saliencia dos nucleos ossificadores mais volumosos.

Pouco á pouco os musculos das articulações ficão doentes tornando-se o enfermo immovel e rijo como um tronco de arvore. Quando a lesão dos musculos do thorax está muito adeantada, sobreveem perturbações na respiração e segue-se a morte por complicações bronco-pulmonares.

Tem-se observado casos de parada da molestia e as crianças sobreviverem.

A cura é negativa para muitos.

Aconselham-se as insistentes curas iodicas e a massagem, porém, com pouco resultado. *Von Norden* aconselha a administração prolongada de acido chlorídrico, com o fim de favorecer a dissolução dos saes calcarios.

Myosite ossificante progressiva. — S. 6 annos, veio acompanhada de seu pae, consultar-me no dia 2 de Setembro do corrente anno, queixando-se de uma dureza de alguns musculos a ponto de oppôr-se aos movimentos completos dos braços e thorax.

Quanto ao que diz respeito aos antecedentes hereditarios, nada de particular á assignalar, pelo menos segundo as informações que nos foi possível colher, a doentinha tem trez irmãos vivos e gosando de boa saule, só teve sarampão, não teve outra molestia a não ser a que a levou a consultar-me agora. A affecção de que é portadora a doentinha declarou-se na idade de 6 mezes, sem nenhuma causa apreciavel.

O começo foi brusco—Choro, insomnia inappetência, tumefacção das regiões da nuca, pescoço, taes forão os primeiros phenomenos de que se lembrão os paes. Esta *poussée* myopathica durou 3 a 4 mezes, attenuando-se os symptomas pouco á pouco.

Desde este momento notou-se emmagrecimento, e dureza no lado direito do thorax achando-se a criança na impossibilidade de faser certos movimentos. Emfim, a marcha da affecção tomada em seu conjuncto foi essencialmente chronica.

Nenhum tratamento foi até agora indicado - O estado geral da doentinha é satisfatorio; ella é de constituição media.—A sua attitude chama logo a attenção, parece de pedra, a face apresenta um character de impassibilidade, mas não de falta de intelligencia.

Os peitoraes, parte do biceps e triceps e do grande dorsal apresentam uma dureza lenhosa e, pela palpação, parecem ossificados. No pescoço nota-se, a esquerda, a saliencia do sternomastoideo, tenso, pela distensão do pescoço, como no torticollis.—Pela palpação, conhece-se facilmente a brida do feixe esternal.—Os movimentos da cabeça são conservados, porem limitados na rotação a direita e elevação do mento.

Na região thoraxica anterior, de ambos os lados, os musculos grandes peitoraes estão quasi na sua totalidade ossificados; sentem-se as inserções humeraes e a parede anterior da axilla ossificados, os movimentos de afastamento dos braços são muito pouco extensos, podendo-se entretanto levar facilmente os braços até o contacto do thorax. A respiração é facil.

Na parede abdominal sente-se uma corda fibrosa na parte interna do grande recto esquerdo. A digestão, a micção, a defecação são normaes. Na espádua, os deltoides estão atrophiados ao nível de seus feixes anteriores. Os movimentos da articulação scapulo-humeral são muito limitados para a abducção, a projecção do braço para diante e para traz, a rotação para dentro e para fóra. Nos braços, parte dos biceps está ossificada. Nada de anormal nos cotovellos, ante-braços e mãos.

Nos musculos gluteos notão-se algumas nodosidades osseas, os joelhos e as pernas como as côxas nada apresentam.

No pé direito apresenta um «Halux valgus»—De cada lado da linha mediana espinhosa notão-se, na região dorso-lombar umas longas e fortes saliencias sinuosas cruzando a linha mediana espinhosa, de consistencia ossea, que pertencem aos musculos grandes dorsaes; musculos da face, larynge, lingua, nada de particular.

O leite super-assucarado nas dyspepsias infantis.—O Dr. Martagão Gesteira chama a attenção dos collegas sobre um methodo muito simples de tratamento de certas perturbações da criança, methodo que dá principalmente resultados contra os vomitos, que como sabem os outros collegas, zombam muitas vezes de todos recursos therapeuticos e de todas as mudanças de regimen, cançando a paciencia do

profissional e fazendo o desespero da família, e isso embora não estejam filiados a uma estenose organica do pyloro.

Consiste o methodo simplesmente em adicionar ao leite uma quantidade relativamente elevada de assucar.

Lembra que a ideia de assucarar o leite destinado á alimentação do lactante não é nova já tendo, ha muito, entrado na practica corrente, mas salienta que ella obedecia á um fim todo outro, vizando um simples phenomeno de supplicia alimentar, baseado na lei da isodynamia de Rübner e Hassellin. E' factó conhecido com effeito, ha muito tempo e posto sobretudo em evidencia pelos trabalhos alle-mães que a quantidade elevada de caseína no leite de vacca, caseína, porém, differente da do leite de mulher, albumina heterogenea, constitue para o lactante um serio perigo, dando por vezes, lugar a accidentes graves, verdadeiros phenomenos de anaphylaxia alimentar; por isso adoptou-se a practica de diluir o leite com fortes proporções dagua, o que se de um lado diminue a concentração da caseína, dontro lado abaixa tambem a percentagem dos outros componentes do leite, especialmente da manteiga, tornando este liquido insufficiente do ponto de vista calorigenico: dahi a ideia de Socklet, logo generalisada, de substituir a gordura deficiente por uma substancia isodynamica, o assucar, tendo elle preferido a lactose, emquanto outros preferiam a saccharose, a glycose etc.

Mas qualquer que fosse o assucar empregado, a

quantidade era sempre pequena, pois o uso prolongado das fortes proporções de assucar acarretava accidentes, tendo os trabalhos de Fuikalstein, mostrado gosar o assucar de uma verdadeira acção pyretogenica, provocando o seo uso prolongado em dose forte a syndrome clinica da *febre de assucar*, *zuckerfieber* de Fuikelstein, a *molestia da lactose* de Lesage.

Não é pois ao emprego do leite simplesmente *assucarado*, *leite alimento*, por assim dizer, que vae alludir; é ao leite *super-assucarado*, *leite medicamento*, cujo emprego não pode ser prolongado como accentúa M. Rottier.

Relata como o Prof. Variot descobriu accidentalmente os bons effeitos de tal leite, cujo emprego é de data recente e cujo preparo é dos mais simples.

Descreve o modo de preparar este leite, que deve conter 10 a 12 % de sacharose, mostrando que é preferivel, para evitar phenomenos diarrheicos, juntar o assucar ao leite frio e em seguida ferver o liquido durante 3/4 de hora ou autoclavá-lo a 108°. Mostra como se pode preparar o leite super-assucarado com o leite condensado, cujo emprego na bromatologia infantil defende, citando opiniões e apresentando os argumentos que mostram a superioridade, em certos casos, do leite condensado sobre o de vacca, com a condição de não se empregarem as grandes diluições de 13 e 14 partes d'agua aconselhada pelos fabricantes.

Estudando os bons effeitos deste methodo therapeutico, passa em rapida revista as variedades etio-

lógicas dos vomitos infantis, demorando-se um pouco mais sobre os vomitos por hypo-alimentação contra os quaes os efeitos do leite super-assucarado são verdadeiramente surprehendentes.

Mostra como a syndrome clinica da hypo-alimentação, assignalada pelo Prof. Variot, vae se tornando frequente em virtude da reacção levantada pelos profissionaes contra a super-alimentação; o receio exagerado da super-alimentação levou familias e mesmo medicos a practica de um verdadeiro regimen de fome, de sorte que a hypo-alimentação, se tornou, nas grandes cidades em que os medicos fazem campanha contra o vicio dietetico opposto, um factor de dyspepsia, dos mais contradicões, si bem que muitas vezes não reconhecido pelos profissionaes pouco affeitos a estas particularidades da practica pediatrica.

Diz que as suas observações feitas na clinica civil, no Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia e no ambulatorio da Clinica Pediatrica, sob a sua direcção, confirma, em taes casos, os bons efeitos do leite super-assucarado assignalados por Variot e por M. Rottier na sua these, e salienta que esta acção anti-emetica não se faz sentir somente na hypo-alimentação, mas sim tambem, si bem que não de modo tão constante, nas classes de outros vomitos dyspepticos da creança, o que parece á primeira vista demonstrar não ser a acção anti-emetica do leite, assim modificado, dependente apenas do seu poder calorigenico.

Faz varias considerações a respeito mostrando como Rottier chegou a conclusão de que o leite super-assucarado gosa de uma acção anti-emetica propria, por assim dizer directa, o que Gauthier procura explicar pela presença da sacharose livre, determinando por acção reflexa uma hypersecreção dos succos digestivos, acção hypercritica que parece confirmada pela sialorrhéa e pela gastrosuccorrhéa, traduzida por vomitos mucosos, observados nos meninos que fazem, por muitos dias, uso de tal leite. Objecta, porém, com o proprio Rottier, que aquella asserção carece de confirmação mais ampla e faz notar que qualquer que seja a causa dos vomitos, estes, quando muito repetidos acabam sempre por determinar um certo gráu de inanição o que em parte poderá explicar a acção anti-emetica do leite super-assucarado.

Assignala ainda, detendo-se em considerações a respeito, a acção do leite super-assucarado sobre a estagnação ponderal dos pequenos dyspepticos, exhibindo graphics demonstrativos de doentes recolhidos ao seo serviço e cujas historias clinicas relata. Discutindo esse effeito assignala que elle se faz sentir mesmo nos casos em que não existiam vomitos o que mostra não estar esta acção sobre a atrophia ponderal dependente da propriedade anti-emetica desse leite e sim directamente do seo elevado poder calorigenico.

Termina concitando os collegas a ensaiarem nos seus casos de dyspepsias infantis o emprego desse leite, cuja acção anti-emetica é, farta vez, superior á da pegunia e do citrato de sodio.

Um caso de gonococcemia

*Da presença do gonococco de Neisser
em lesões ecthymatosas de um syphilitico*

Pelo Dr. Flaviano I. da Silva

Trata-se de um individuo J. M. solteiro, com 31 annos de idade, carpinteiro, natural do Mexico e residente no Estado do Rio Grande do Sul, que entrou para o hospital de caridade de Ponta Grossa (Paraná) no dia 23 de Outubro de 1915, a fim de tratar-se de um corrimento purulento do recto que muito o incommodava.

O paciente que é um homem alto, de constituição regular conta ter tido pela primeira vez, ha 10 annos, uma blenorragia urethral da qual se curou por meio de injecções; 15 dias antes de entrar para o hospital começou a notar um grande corrimento purulento pelo recto onde sentia ardor e dôres fortissimas, mormente no momento da defecação. Outras molestias não teve. Pae morto por hemmorrhagia cerebral e a mãe de um aborto.

O paciente que actualmente não apresenta corrimento algum pela urethra, porém que o afirma ter tido antes de entrar para o hospital, urina pouco, tem o anus coberto de ulcerações de fundo amarellado e algumas vegetações além de um corrimento purulento pelo recto, anda com difficuldade devido as dores e nada de anormal revela para os appparelhos respiratorio e circulatorio tirante uma tachicardia. A urina não contem albumina nem glycose mas é rica de filamentos.

Syphilis e gonococcemia □



Caso do Dr. Flaviano I. da Silva

Ao exame especular o recto mostra-se bastante inflammado, coberto de pus e apresenta uma certa dureza na parte inferior.

O tratamento consistiu em lavagens rectaes com uma solução de permanganato de potassio a 1 por mil, alternadas com a de nitrato de prata a 0,5 por mil pela manhã, suppositórios de belladona e pequenas injeções de protargol a noite.

Internamente tomava urotropina e durante dois dias fez uso da copahiba.

No decorrer deste tratamento teve o nosso doente uma adenite inguinal direita que foi incisada e uma erupção purpurica que attribuímos ao uso da copahiba.

Em fins de novembro, portanto um mez e poucos dias depois de sua chegada ao hospital, começou J. M. a accusar dores na garganta que se apresentava congesta nos musculos e articulações; teve febre 38,5 e 38,8 durante uns 3 dias, epistaxis alguns escarros hemoptoicos; appareceram então disseminadas pelo corpo, mormente na face, nuca e membros superiores, lesões ulcerosas de aspecto grave com todos os caracteres de uma syphilide ecthymatosa.

A principio eram papulas, sobre as quaes se elevava a epiderme formando pustulas, que logo depois se ulceravam e augmentavam de extensão.

Um pús amarello esverdeado cobria a lesão e dessecando-se depois ia constituir uma crosta espessa, que as vezes se fendia em um ou mais pontos.

O doente alimentava-se mal, pouco dormia e dava mostras de grande depauperamento; foi-lhe feita então uma injeção endovenosa de 606 e depois

algumas intramuculares de calomelanos (methodo de Scarenzio). Chamando-nos a attenção a gravidade do caso e o caracter das alterações que se espraiavam e aprofundavam de modo rapido, desconfiamos de uma associação qualquer e neste sentido iniciamos as nossas pesquisas.

Fizemos diversos esfregaços com o pús colhido cuidadosamente de diversas lesões do braço, da face e da nuca; ora levantando as crostas das ulcerações mais antigas ora rompendo as pustulas mais novas, de modo a ter certeza da não poluição das ditas lesões pela mão do paciente; coradas e examinadas ao microscopio, todas as laminas accusavam a presença de diplococcos intracellulares com a forma de sementes de feijão, como sóe acontecer quando se trata do gonococco de Neisser.

Com o fim de identificar o germe encontrado, coramos outras laminas com uma solução fraguissima de azul de methylenio, conforme aconselham Kolle e Hetsch e deparamos com os mesmos coccos apresentando todos os caracteres do gonococco de Neisser; fizemos um Gram que foi negativo e baseado no que acabamos de expôr, embora não tivéssemos feito culturas, não hesitamos em afirmar tratar-se do germen de Neisser.

O nosso doente sobre ser um luetico era presa de uma gonococcemia.

Hoje, graças ás injeções de vaccina anti-gonococcica (methodo de Wright) combinadas com tratamento especifico da syphilis, o paciente se acha muito melhor; as lesões cutaneas estão mais seccas e o corrimento purulento do recto desapareceu.

O caso que serve de assumpto para as presentes linhas não é commum nos annaes da medicina e talvez seja pela primeira vez registado entre nós. De facto, a presença do gonococco de Neisser em lesões ulcerosas da pelle de regiões afastadas das partes mais accessiveis ao seu ataque não é caso de somenos importancia.

Verdade é que, embora omissos quasi todos os tratados, alguns autores quando se referem ás complicações extragenitales da blenorrhagia, falam dos exanthemas neisserianos (erythemas simples, nodosos, polymorphos, purpuricos, urticarianos); todos porém, attribuem estas manifestações á gonotoxina posta em liberdade pela morte do gonococco, de modo que o achado deste germen em lesões ulcerosas da pelle até certo ponto nos auctoris a dizer que a não só a gonotoxina mas o proprio gonococco deve ser responsabilizado pelas manifestações cutaneas da neisserose.

O professor Piccardi, por exemplo, diz:

E' probabile che non tutte le manifestazioni della blenorrhagia sieno dovute direttamente al gonococco, ma che in alcuni casi possa trattarsi di infezioni miste com piogeni (adeniti) o di intossicazioni prodotti dalle gonotossine. A questa ultima categoria appartengono probabilmente i fenomeni nervosi (mieliti, nevriti, disturbi trofici) e le *dermopatie* (eruzioni emorragiche, pigmentarie, cheratosiche) che insorgono talora durante l'infezione blenorrhagica.

Seria o gonococco o iniciador das lesões ulcerosas do nesso doente ou o treponema de Schaudinn?

Que influencia poderiam ter tido as lesões treponemicas sobre a gonococcemia? Não teriam actuado ellas derivando para a pelle os gonococcos espalhados no sangue?

E' o que vamos tentar responder.

O estudo hystologico das syphilides ulcerosas vem elucidar a questão; sabe-se, principalmente depois dos trabalhos de Balzer que as syphilides ulcerosas são de origem vascular e estão sob a dependencia de uma arterite do systema cutaneo.

Não foi por outro motivo que o grande Fournier disse que a "hemiplegia syphilitica e a syphilide ulcerosa não obstante muito dessemelhantes, são o producto de um mesmo processo morbido, pois ambas dependem de lesões vasculares a saber: a hemiplegia de uma arterite do systema cerebral e a syphilide de uma arterite do systema cutaneo".

Ora, sendo assim, tendo se generalizado no nosso doente a infecção gonococcica existindo, portanto, gonococcos na circulação, nada mais natural de que serem elles fixados em determinados pontos da pelle por uma lesão syphilitica que se iniciasse nos vasos.

Ainda mais eliminados por esta forma, os gonococcos teriam diminuido no meio circulante e deste modo a lues havia agido beneficemente sobre a gonococcemia.

Resta a saber até que ponto a presença do gonococco teria agravado as lesões da pelle, parecendo que a elles se deva a grande suppuração das mesmas.

CONCLUSÕES: — O nosso doente é syphilitico gonococemico. A gonococemia teve sua origem numa blenorragia ano-rectal.

As lesões da pelle iniciadas pela syphilis foram aggravadas pela presença do gonococco. Não só a gonotoxina mas tambem o gonococco podem determinar lesões da pelle.

N. B. As pesquisas microscopicas foram feitas juntamente com o Dr. Gastão Urbain, competente veterinario do 8.º districto, a quem agradecemos a gentileza.

BIBLIOGRAPHIA: — Kolle e Hetsch -- la Bacteriologie Experimentale.

Dieulafoy: Pathologie Interne.

Piccardi: La Therapia medica, chirurgica e fisica nelle malattie cutanee e veueree.

Fournier: Traité de la syphilis.

A. Besançon: Technique Microbiologique et Sérothérapique.

Revista das Revistas

A naso-pharyngite, causa da febre prolongada na criança

Observam-se frequentemente, na primeira infancia, estados febris, que não raro persistem semanas seguidas e para cuja explicação, já afastada a hypothese das infecções agudas, já a da tuberculose, ainda, e emvão, se procura motivo no apparelho respiratorio ou em perturbações digestivas. E' então que muitas vezes se encontra, como unico motivo á pyrexia prolongada, persistente polyadenite localisada nos ganglios tributarios da porção superior da arvore respiratoria, ganglios que se tomaram com uma infecção peripherica, que facilmente passou, sem se mostrar, evoluindo escondida no reconcavo naso-pharyngéo.

Condições anatomicas especiaes á criança são o motivo principal por que tão facil ahí se localisa a infecção. A natural estreiteza das aberturas posteriores das fossas nasaes nos primeiros annos da vida é ainda augmentada pela facilidade com que se intumece a mucosa de seu revestimento. Nesse tempo já a naso-pharynge é relativamente grande. As secreções que nella se processam ou ahí chegam, facil se rêm, impedido o egresso para o nariz pela estreitez^{al} coanal que ha pouca evidencia, para o oropharynge, pela direcção horizontal do vão do paladar que é outra particularidade anatomica peculiar á criança, desaparecendo no adulto. Retida, logo se corrompe a secreção, e d'ahi as inflamações, mais ou menos

fugazes, mas sempre frequentes, deste segmento do aparelho respiratorio. A trompa de Eustaquio, muito curta e relativamente larga na criança, deixa franca communicação entre a caixa do tympano e a pharynge nasal, tão dispostas, como vimos, a se tomar com a inflammação. E é este caminho, tão breve, a razão por que quasi não ha criança que não tenha tido, quando menos, uma dôr do ouvido.

Assim se comprehende a frequencia das naso-pharyngites, sabidamente capazes de só por si trazerem nas crianças a temperatura elevada. E, porque o exame da abobada pharyngéa é difficil na criancinha e a angina nessa idade deflagra com pouco estrepito, quasi que é regra attribuir-se a febre á intercorrência de qualquer irregularidade intestinal. Não tarda muito, porém, que a criança dê signal de dôr de ouvido, indicio sufficiente para chamar a attenção para a naso-pharyngite, que ainda persiste. Mas ainda bem não se apurou entre o ouvido, o intestino e a garganta a causa da febre, já esta se apaga e tudo volve ao normal.

Outras vezes, porém, a febre prolonga-se durante duas, tres, quatro semanas, mez e meio; dois mezes após a nasopharyngite inicial, mantem-se elevada. Assim, no aparelho digestivo, como no respiratorio, ou em desvios de nutrição, ou no fundo da bocca, já agora approximadamente normal, ou na presença de uma ofite suppurada, na verdade só em condições especialissimas causa de febre, é possível descobrir motivo a temperatura elevada. Em taes casos frequentemente se descobrem os ganglios do pescoço augmentados, as vezes, mesmo tão volumosos que

a simples inspecção já os avista; dolorosos á palpação e deixando-se com difficuldade deslocar, incluídos como se acham na inflamação de deredor. Resquicio da nasopharyngite, já então quasi extincta, unicamente a esse enfartamento ganglial, que se prolonga dos ganglios superficiaes aos profundos, jugulares e cervicaes, aos do mediastino e mesenterio, se póde attribuir a febre, que nenhuma outra explicação encontra e a que Pfeiffer deu o suggestivo nome de *febre ganglionar*.

O diagnostico é feito, como se vê por exclusão e pela presença da poly-adenite. Peculiar a esta febre é a duração prolongada e o prognostico sempre benigno. Pode-se mesmo dizer que, passadas as primeiras semanas de abatimento, a criança já se restaura, brinca e sem maior repugnancia se alimenta, muito embora, e ainda nas proximidades dos 39 grãos, a febre se mantenha por semanas a fio. Outra propriedade da febre ganglionar é a nenhuma disposição que apresentam os ganglios a suppurar. E esta particularidade vale ser accentuada. Diante da febre, que se dilata e para a qual é unico motivo a adenite que persiste e que, de quando em vez, se exacerba em ganglios dolorosos e de contornos apagados pela peri-adenite concomitante, o juizo clinico vae admittindo a existencia de pús, que retido em algum fóco profundo, deve estar a entreter a febre. E tão perfeito é o raciocinio que o cirurgião, chamado em conferencia, facilmente se deixa tentar e procura o presumido abcesso.

Mas a incisão nunca traz pús. Inconveniente não

vem da tentativa mallograda. A ferida logo se fecha, Mas a febre continúa.

O typo dessa febre é bastante irregular, O continuo parece ser o de sua predilecção, notadamente dentro das primeiras semanas, em que a temperatura se mantém proxima aos 39 grãos, não raro mais elevada. Então, já decorrido o primeiro mez, passa a criança um dia sem febre, Mas, logo no seguinte, ella se accende, para mais subir nos tres ou quatro immediatos e manter-se novamente alta e continua. Dir-se-ia a curva de uma febre recorrente, em cujo traçado se apontasse um unico dia febril. Para o fim, a curva thermica arrasta-se indecisa, por degrãos irregulares, que já não se elevam a grande altura e que com frequencia interrompem quedas bruscas, marcadas em longas perpendiculares, descidas até abaixo da linha normal, Esta facilidade em cahir e aquella hesitação no subir prenunciam proxima e definitiva queda da temperatura. Outras vezes a febre desaparece, para voltar todos os dois ou tres dias, lembrando o traçado de formas correspondentes do paludismo.

A naso-pharyngite, causa inicial de tão dilatada febre e quasi extincta para o fim da doença, não daria signal se não entretivesse a suppuração do ouvido, que, em regra, persiste até defervescencia completa. E' justamente esse corrimento, que leva o especialista á cabeceira de taes doentes. A elle attribue a febre a maioria dos clinicos, que não se demora a observar doenças do ouvido. A apreciação contraria é sempre a do otiatra: a otite purulenta só traz febre quando complicada, e o diagnostico então é facil.

Uma vez tornados os ganglios, por longo tempo assim se conservam, mesmo quando a primitiva infecção da nasopharynge de ha muito passou. Este estado de chronicidade da inflamação ganglionar, tão proprio á criança e que o adulto quasi não conhece, é muitas vezes o unico motivo da facilidade com que seus portadores febricitam ao menor pretexto. E assim se explicam interminaveis estados febris, que se prolongam por mezes e, não raro, durante o anno inteiro, pondo em prova a paciencia das mães e a quasi desanimada assistencia do clinico. Comprehende-se o quanto é delicado agora o diagnostico differencial com o da tuberculose.

(Transcripto da *Gazeta Clinica* de S. Paulo).

— 0 —

Tratamento da sarna pelo sulfureto de cal

O Dr. Luiz Comas preconisa no n. 23 de "La Especialidad Practica" esse tratamento para a sarna.

Não se trata, como o proprio autor o confessa, de uma innovação therapeutica, mas da modernisação de um methodo antigo, cujas vantagens redundam na "rapidez, segurança, constancia, innocuidade e economia do tratamento".

Eil-o: "basta friccionar suavemente a pelle sarnosa com a parte liquida do producto recommendado por Wleminkx, o sulfureto de cal liquido". Tanto tem o producto de innocuo para o organismo como de nocivo para o parasito. Uma só applicação cura a mór parte dos casos; são raras as repetições do topico.

A confiança do autor vae a este ponto: "se a enfermidade que se trata não se modifica favoravelmente, pôde assegurar-se que não se está tratando de sarna", e chama sobre si a responsabilidade de quem adopte o methodo.

Não se faz mister o banho preliminar dos outros tratamentos. Além disso, o baixo preço do medicamento o recommenda para a gente pobre justamente aquella a que costuma a sarna eleger. Termina com a indicação de um processo simples de obter-se o sulfureto de cal. "Ferve-se em 200 grs. de agua um pouco de enxofre sublimado e 15 grs. de cal viva, agitando-se a mistura e juntando-se agua que desaparece por evaporação. Por ultimo facilita-se esta evaporação até que a quantidade do producto fique reduzida a 150 grs. Terminada a cocção, não tardará a sedimentar-se no fundo do recipiente o composto solido resultante. Deixe-se resfriar a mistura e, por decantação, separa-se o liquido que outra cousa não é senão o sulfureto de cal.

Merece vulgarisação e ensaios o tratamento que ahí vae proposto.

A. N.

— 0 —

A dieta nas doenças do coração

Mackensie diz que o regimen alimentar dos cardiacos não tem attingido o grau de rigor que muito necessario seria que tivesse. Nós comemos e bebemos mais do que precisamos. E' esta uma verdade, sobretudo applicavel aos cardiopathas com dilatação

do coração. A cifra de 3000-3500 calorias necessárias ao homem de boa saúde é muita vez excedida e o mesmo succede com a quantidade de líquidos. Um homem com saúde bebe geralmente 1200-1500 cc. de liquido nas 24 horas, comprehendido nesta cifra o café com leite do almoço e a sopa do jantar. Só os que não são sobrios excedem este limite. Os bebedores de cerveja, por exemplo, bebem 3-4 litros ou mais.

O fígado fatiga-se nos que comem em demasia: o coração fatiga-se nos que bebem em excesso e quando o bebedor bebe alcool é o coração e o fígado que em conjuncto soffrem. O rim também não supporta impunemente estes excessos de comida e de bebida. Irrita-se pela eliminação dos residuos nutritivos e das toxinas alimentares (irritação pela qualidade) e pode irritar-se também pela passagem em excesso de líquidos embora não irritantes (irritação pela quantidade). O rim é um filtro e este filtro precisa de descanso. A absorpção de uma quantidade excessiva de liquido impede este descanso e, se o não tem, pode muito facilmente irritar-se o rim, facto tanto mais provavel quanto menos são elle estiver. D'aquí resulta que no tratamento das cardiopathias precisa o medico de attender a 3 órgãos—fígado, coração e rim. Enquanto o coração tiver força a attenção sobre os 3 órgãos não carece de ser excessivamente rigorosa, visto que o musculo se contrae como é mister. Fígado e rim ficam indemnes e o cardiopatha usa a alimentação commum. Mas no periodo de asystolia por cardiectasia não succede o mesmo, o coração desfallece,

o fígado engorgita-se, os rins congestionam-se. Em compensação se se estabelecer um regimen como deve ser pode tonificar-se o coração, reduzir-se o volume do fígado e descongestionarem-se os rins.

O meio mais simples para tonificar o coração é a *reducção da bebida*. Com elle reforça-se a diurese, dissipam-se os edemas, restitue-se a perda energia ao coração, descongestionam-se os rins. Já acima se disse que 1500 cc. de liquidos são sufficientes por dia para um homem. Nas nephrites agudas e nas nephrites chronicas esta quantidade assegura uma eliminação urinaria sufficiente e permite que o rim descanse. No primeiro dia o doente beberá apenas agua pura; nos 3-5 dias seguintes leite misturado com agua na proporção de 2/3 a principio, depois 1/3 de agua, mais tarde, leite puro aos calices, de hora em hora, de modo a não fazer penetrar, de repente, na circulação uma grande quantidade de liquido. Se o caso for grave a reducção pode chegar a 800 cc. (leite e agua) até que a diurese redemptora appareça.

Após a cura por reducção de bebida é importante que durante algum tempo o doente coma pouco. Comer muito é correr o risco de ver reaparecer o mal immediatamente. Em regra, ao 8.º dia, o doente pode tomar o leite puro e ao 12.º um litro e meio de leite e 2 sôpas de leite, o que constitue uma ração de conservação sufficiente.

Pode então iniciar-se o systema das refeições pequenas e amiudadas. Das 8 da manhã ás 8 da noite, de 2 em 2 horas, uma refeição: ás 8 da manhã e ás 4 da tarde um chavena de leite com cacau e 20 grammas

de pão; ás 10 da manhã e 2 da tarde 5-8 colheres de massas ou purêa de batata com manteiga, 1 calice de agua; ao meia dia 2 ovos quentes, 30 grammas de pão e 1 calice de agua; ás 6 uma sôpa de azeite e legumes; ás 8 horas uma chavena (250) de leite. Não temperar com sal o alimento enquanto houver e demas; pas-sados estes, autorisar apenas 3-6 grammas de sal.

Fiessinger insiste vivamente sobre as vantagens d'esta alimentação nos cardiacos. Mesmo em circumstancias em que pareça que d'ella não possam derivar beneficios estes serão positivos e reaes. E para o provar cita o exemplo do um doente soffrendo de angina do peito, que a despeito do seu soffrimento dera volta ao mundo, passara 3 mezes na China e outros 3 na India. Aqui não pôde fazer a dieta que lhe fôra aconselhada, reduzindo por este motivo mais ainda a sua alimentação. Magro já, emagreceu mais inda 10 arrateis, sentindo-se, no entanto, muito melhor e regressando a França, podendo andar a pé e depressa sem se sentir incommodado com as crises anginosas que o torturavam.

Note-se que a cura das crises anginosas pelo facto do emagrecimento se observa com frequencia.

No *periodo asystolico* das cardiopathias este regulamento do regimen alimentar apparece como um factor de 1.^a ordem. As refeições muito abundantes dilatam o estomago, recalcam o diaphragma e necessitam um trabalho muscular consideravel do tubo digestivo, fatigam o coração já exgotado pelo facto da dilatação cardiaca. A carne parece que exige um trabalho digestivo muito maior do que as purêas de legumes; talvez exija ella uma irrigação mais activa das paredes

do estomago para ser digerida e d'ahi uma maior fadiga para o coração, sendo possível, além disso que o figado congestionado a supporte mal. O regimen lacteo exclusivo, pela quantidade excessiva de liquido que exige, tem o risco de fátigar o coração. E', portanto, necessario comer pouco de cada vez, bebendo tambem pouco, e antes comer muitas vezes.

Quer dizer: é necessario fornecer ao organismo, sob um pequeno volume, o alimento indispensavel. Bardet pensa, com razão, que o algarismo das caloridas indicado pelos classicos para alimentar um homem com saúde é exaggerado. Em vez de 3000-3500 calorías, 1800 são sufficientes, na opinião de Fiesinger, para um homem são e com muito mais razão para um cardiaco assystolico, condemnado, pelo facto do seu mal, ao repouso.

O systema das pequenas refeições preenche quasi as condições requeridas e é sufficiente para alimentar o doente. Quando o doente fôr melhorando augmentar-se-ha um pouco a ração de cada prato, podendo-se ainda auctorisal-o a beber 100 grammas de vinho leve ás refeições do almoço e jantar. Mas a quantidade total dos liquidos, contando com o cacau e o caldo, não excederá 1200-1500 cc.

— o —

Ulceras na lingua

A exploração deve ser feita sempre com excellentes luz, de modo a poderem bem apreciar-se os minimos detalhes da ulceração. O diagnostico tem de resolver-se entre as doenças seguintes :

A— Carcinoma.

B—Syphilis.

C—Tuberculose.

D—Ulcera dyspetica.

E— " associada a estomatite.

A—Ulcera carcinomatosa. — Mais frequente no homem do que na mulher. Occasionada pelo tabaco e pela syphilis. Jamais observada antes dos 35 annos e iniciando-se raras vezes antes dos 45. Quasi sempre dolorosa. O facies mau indica um processo maligno. Quasi sempre, embora não seja regra absoluta, localisa-se nos bordos da lingua; é irregular, profunda, de bordos levantados. Ganglios sub-maxillares, sendo, todavia, conveniente diagnostical-a antes que taes ganglios appareçam. A principio é uma ulceração superficial, dura, rebelde ao tratamento. Em homem de idade media, ulcera da lingua que resista a mais de 2 semanas de tratamento é ulcera suspeita.

B—Ulcera syphilitica. — Póde ser *a)* primaria *b)* secundaria ou *c)* terciaria.

a) O cancro é raro, apparecendo com maior frequencia no homem do que na mulher; encontra-se tambem nas creanças. Começa como um granulo que se ulcera e endurece. Ha rapidos enfartes ganglionares. A reacção de Warsermann é positiva; cura depressa com o tratamento especifico. Os symptomas secundarios confirmam o diagnostico.

b) *Syphilis secundaria.* As ulcerações--placas mucosas--são geralmente multiplas nos bordos e ponta da lingua, apparecendo tambem nos labios e nas amygdalas; são dolorosas e apresentam um fundo de côr acinzentada. Signaes de syphilis secundaria.

c) *Syphilis terciaria ou gomma ulcerada.* E' super-

ficial, e associada a glossite, fissuras, leucoplasia. Estas lesões são importantes porque muitas vezes iniciam o epithelioma. Resiste ao tratamento específico, o que vem dificultar o diagnostico. Havendo duvidas é necessario recorrer ao diagnostico hystologico.

A "gomma" profunda inicia-se no centro do tecido da lingua. Amollece e apresenta-se na linha media como uma cavidade irregular de bordos moles e cortados a pique. Não é dolorosa. Não é dura como a do epithelioma. A sua historia clinica é mais curta. Cede rapidamente ao tratamento mixto e ao 606.

C - Ulcera tuberculosa. — É rara; apparece dos 15 aos 35 annos e resulta da infecção local pelos bacillos de Koch vindos do pulmão ou da larynge. Se existirem portanto, signaes de tuberculose nestes orgãos é provavel que a ulcera seja tuberculosa. Confunde-se com a gomma e o epithelioma, sendo meio seguro de differenciação o exame hystologico.

D - Ulcera dyspeptica. — Associada a perturbações da digestão. Geralmente multiplas; pequenas, cobertas por um exsudato cinzento e rodeadas por uma zona circular de inflammação. Quasi sempre dorsaes, junto da ponta. Mau halito. Phlogose das glandulas cervicaes.

E - Estomatite ulcerosa. — É uma infecção septica da bocca com ulcerações superficiaes derivadas de pequenas vesiculas. Encontra-se tambem na mucosa da face e gengivas. Frequente nas doencas febris das creanças; no adulto resulta da carie dos dentes, do mercurio e dos acidos. Cura facil.

Em resumo: nunca deve tratar-se uma ulcera da lingua como coisa benigna. Em casos duvidosos a

reacção de Wassermann positiva não é prova absoluta de que não se trata de cancro. Se passados 10-12 dias de tratamento pelo Hg ou pelo 606 não houver modificação apreciável, deve mandar-se o doente a um cirurgião.

Dôr nas fossas iliacas (SEMEIOTICA)

I. — *A dôr existe na fossa iliaca direita.* 4 doenças a podem determinar: a) a febre typhoide, b) a appendicite, c) a typhlite, a salpingite direita.

a) A dôr á pressão na fossa iliaca direita, não é certamente, um symptoma dominante, mas não é tambem um symptoma desprovido de valor. Em regra o typhoso apresenta os symptomas seguintes: febre desde alguns dias, cephalalgia, insomnia, dôres de ventre. Todo o ventre está doloroso, mas especialmente no epigastrio e fossa iliaca direita. No momento em que tendo constatado este estado typhoide se pergunta se é uma febre typhoide, uma gripe, uma febre de Malta, se a pressão determinar dôr e gorgolejo o espirito inclina-se logo para a febre typhoide. Será n'este momento, e antes que a roseola appareça, que o soro-diagnostico de Widal será um auxiliar precioso.

b) O exame methodico da fossa iliaca permite, n'este caso, constatar a ausencia de uma dôr mais aguda no ponto Mac-Burney e, por consequencia, eliminar a appendicite. Demais a dôr da appendicite geralmente é mais violenta e domina a scena morbida, emquanto que, n'este caso, trata-se antes de uma

“dôr de ventre”. Os accidentes surgem bruscamente em plena e perfeita saude. A dôr apparece primeira localisada na fossa iliaca ou na metade direita do abdomen: em breve surgem os vomitos. Se a mão que apalpa reconhece que existe empastamento na fossa iliaca, contractura dos musculos abdominaes, hyperesthesia cutanea local, se o dedo explorador encontra que o maximo de intensidade dolorosa existe no ponto Mac-Burney a duvida não é permitida—é uma appendicite. Mas o quadro muitas vezes não é tão nitido: se o inicio é lento, a dôr pouco viva com uma febre elevada a confusão é possivel com a febre typhoide. Procuremos a triade dolorosa de Dieulafoy—dôr no ponto Mac-Burney, defeza muscular, hyperesthesia cutanea e, em caso de duvida, faça-se um soro-diagnostico. (1).

E’ n’estes casos sub-agudos, de principio um pouco lento, quando a dôr se estende a toda a fossa iliaca que ha motivo para fazer o diagnostico differencial da appendicite com a typhilitis e peri-typhilitis. Os symptomas um pouco attenuados da typhilitis e da peri-typhilitis—dôr, prisão de ventre, febre—podem observar-se com o mesmo grau de intensidade na appendicite. D’aqui a difficuldade do diagnostico. Palpemos com cuidado. Encontra-se uma sensibilidade mais aguda no ponto Mac-Burney? Concluiremos pela appendicite. Encontramos o cego dilatado ou um empastamento profundo em vez d’um plastrão sob a parede? Concluiremos pela typhilitis.

(1) —Pensar nas «falsas appendicites»; procurar com cuidado a «dôr objectiva»; recordar os casos de pneumonia com symptomologia appendicular.

Symptomas quasi semelhantes se encontram no *cancro do cego*, mas os signaes geraes—cachexia, côr amarello palha e melena porão de sobre-aviso.

Se a dôr da fossa illiaca se acompanha de signaes de suppuração—arrepios irregulares, febre com ascensão vesperal, frequencia do pulso; se a região é séde de um empastamento profundo, doloroso á pressão, e ás vezes, raras, signaes de tumefacção fluctuante não se pôde hesitar no diagnostico de collecção purulenta na fossa illiaca. Os signaes de inicio, o exame do ponto de Mac-Burney podem levar ao diagnostico do *abcesso appendicular*. A *psicite* diagnostica-se pela attitude particular do doente (flexão da coxa sobre a bacia e rotação externa).

A *osteo-myelíte da crista illiaca* pôde simular o abcesso appendicular; os signaes de suppuração na fossa illiaca direita são os mesmos, mas a descoberta da lesão ossea fixará o diagnostico.

O *fleimão peri-nephritico* poderia confundir-nos, mas a séde da dôr é as mais das vezes lombar e, por isso mesmo, o estudo d'este mal melhor ficará para quando tratarmos das dôres lombares. O diagnostico d'estas differentes doenças é muitas vezes delicadissimo.

Na *mulher* o diagnostico complica-se. Uma dôr na fossa illiaca direita pôde ser a resultante de uma doença genital. E' portanto, indispensavel conjugar o toque vaginal com a palpação abdominal.

O empastamento dos fundos de sacco, a immobidade do utero revelam uma *pelvi-peritonite*, devida quer a uma *salpingo-ovarite* (sensibilidade á pressão d'um dos fundos do sacco, sensação de um tumor salpingeo mais ou menos consideravel ao toque

bi-manual) quer a "um *kisto do ovario com torção do pediculo* (dôr subita seguida de symptomas peritoneaes, tumor tenso, resistente). N'estes casos a dôr não é tão limitada como na appendicite (é sempre em volta d'esta doença que gravita o diagnostico das dôres da fossa illiaca direita) nem a contractura dos musculos abdominaes tão nitida. E' preciso averiguar o passado pathologico dos doentes e encontrar-se-ha, muitas vezes, em caso de appendicite, uma ou mais crises anteriores e nos casos de salpingite, leucorrhéa, perturbações menstruaes, peso no hypogastrico, signaes estes que n'um ou n'outro caso auxiliarão o diagnostico.

II. — *A dôr existe na fossa illiaca esquerda.* Podem determinál-a as doenças que mencionamos como causaes da dôr na fossa illiaca direita, com excepção da appendicite, e duas outras exclusivas d'esta região: a *sigmoidite* e o *cancro do S illiaco*.

A *sigmoidite* caracteriza-se por tumefacção dolorosa da fossa illiaca esquerda, acompanhada de febre e phenomenos geraes, apparecendo em pessoa habitualmente presa do ventre. Esta tumefacção tem a fórma de um cylindro penetrando na bacia. A tumefacção do phlegmão illiaco é mais diffusa e mais extensa.

O *cancro do S illiaco* tanto pôte determinar dôres surdas como violentas. Constata-se ou não um tumor sensivel á palpação. A exsudação saniosa ou ensanguentada, os signaes de uma obstrucção lenta, algumas vezes obstrucção brusca, a *phlegmacia alba-dolens* e os symptomas geraes, esclarecem o problema da diagnose.

Dyspepsia calculosa

É uma dyspepsia flatulenta ou acida, mais frequente na mulher do que no homem e sobretudo na mulher que tenha tido filhos. na qual, em regra, as digestões rebeldes ou gastricas dependem, em muitos casos, apenas de calculos biliares.

Os calculos derivam de infecções que chegam ao figado pela via sanguinea ou pelo intestino, seguindo o choledoco. Cada calculo é um monumento erigido a um germen no interior da vesicula biliar. São os bacillos de Eberth, os colibacillos e o pneumococco que mais geralmente determinam a formação dos calculos.

A prenhez é uma causa predominante de calculos biliares e dá em grande copia de ataques de lithiase biliar. Em 114 mulheres com lithiase, 59 vezes appareceram as crises durante a prenhez (51.75%) e 24 vezes após o parto (25.5%). É importante fixar-se este facto porque, neste ultimo caso, a colica hepatica pode simular o inicio de uma febre puerperal. Em conclusão: presença de um caso de dyspepsia flatulenta rebelde é preciso pensar-se nos calculos biliares e procurar nos antecedentes uma infecção ou uma prenhez.

Os symptomas desta dyspepsia variam segundo:

- 1.º O calculo está em repouso.
- 2.º O calculo está em movimento.

O primeiro annuncia-se por uma dyspepsia a principio flatulenta simples, mais tarde por uma dyspepsia mais intensa com hyperchloridria, simulando uma ulcera do duodeno.

O movimento do calculo inicia-se pela colica hepa-

tica quando elle entra no canal cystico, depois por dores de estomago menos intensas e finalmente por arrippios, febre, ictericia com signaes de infecção quando elle pára no choledoco.

Convem insistir em 2 pontos:

1.º A colica hepatica é muita vez signal tardio de calculos e pode fazer-se o dignostico destes, antes da apparição da colica, procurando a dyspepsia typica.

2.º A ictericia falta muita vez e como signal de dignostico tem pouco valor.

Uma vez formados na vesicula biliar os calculos em repouso denunciam a sua presença pelos signaes seguintes:

1. Dyspepsia flatulenta, localisada no estomago, com dores que apparecem 30-45 minutos depois das refeições e se alliviam arrotando o doente.

2. A dyspepsia augmenta com certas refeições e particularmente com aquellás que levam ar.

3. Durante o accesso o doente não pode respirar profundamente por causa do espasmo do diafragma.

4. Um signal caracteristico nos accessos é uma sensação de frio (pelle de gallinha) especialmente depois de comer. Com o tempo estes symptomas accentuam-se e o doente soffre de accessos fortes de dyspepsia acida, que simula perfeitamente uma ulcera do duodeno, distinguindo-se porém della pelos signaes seguintes:

a) A dôr é caprichosa na sua apparição. Umaz vezes apparece immediatamente depois de comer, outras vezes passada 1 hora, outras vezes de noute. Não é uma dor de horario fixo como a da ulcera;

b) Não desaparece comendo e poucas vezes, em-

bora appareça de noute, desperta o doente de madrugada como é typico da ulcera do duodeno;

c) Os accessos apparecem com frequencia de noute com tal rapidez e intensidade que o doente os compara a um raio, enchendo-se o epigastrio de gazes e provocando dores insuportaveis;

d) Ha uma difficuldade grande de respiração (espasmo do diafragma: signal importante) pequenos calafrios, seguidos de accessos de calor ou suffocação. Estes symptomas encontram-se nas cholecystites avançadas e podem apparecer muito tempo antes da colica hepatica;

e) Apalpando profundamente por baixo das costellas direitas provoca-se dor resultante da cholecystite que inicia a formação dos calculos ou que lhes está associada.

A colica hepatica, resultante especialmente da entrada do calculo no collo da vesicula ou seja á entrada no canal cystico, difficilmente se confunde com outra doença. Apparece geralmente de noute, localisa-se no epigastrio e hypochondrio direito, na espadua e hombro deste mesmo lado. O doente grita, tem nauseas, vomitos suores, difficuldade de respirar. E' inutil insistir nos symptomas da colica hepatica a não ser em 2 pontos:

A dor no epigastrio e a *ictericia* não apparecem em todos os casos: a sua presença depende do logar onde está alojado o calculo e ainda da inflammação dos conductos biliares.

Ao calculo que caminha pelo cystico podem succeder 2 cousas: ou recuar e recahir na vesicula, ficando o doente repentinamente alliviado; ou obturar

o canal de que resultará a dilatação da vesícula, dilatação apreciável pela palpação e que, com o tempo, desaparece não se tendo feito acompanhar de ictericia.

Se o calculo fica liberto no canal, o doente queixa-se de colicas repetidas, 2-3 vezes por semana, durando pouco tempo e não torturando em demasia o doente. Não ha ictericia, nem arrepios, nem perda de peso. As dores localisam-se no ventre, no epigastrio e nas costas.

Seguindo o calculo o seu cominho chega ao chole-doco que pode obstruir completa ou incompletamente. A obstrucção completa é rara e é transitoria. O chole-doco dilata-se e o calculo fluctua. Por vezes o curso da bilis fica interrompido (ictericia) outras vezes não.

Calculos no choledoco. — Os symptomas são caracteristicos.

1.º Ictericia mais ou menos persistente, mais de intensidade variavel com os movimentos do calculo. Em seguida a um accesso doloroso accentua-se e nos intervallos do accesso diminue o ponto de parecer, sem certos casos, que não existe.

2.º A dor pode ser constante mas atenuada; as exacerbações são frequentes, localisa-se no epigastrio e desaparece repentinamente. Vem, portanto, por accessos que se attribuem a más digestões.

3.º A febre é caracteristica e pode ir a 40º com arrepios e suores, cahindo a temperatura, em seguida, á normalidade. A febre, os suores e a ictericia fazem lembrar o paludismo e podem apparecer com a mesma regularidade. E' um erro frequente de diagnostico que se comette nos paizes em que reina o sezonismo.

Em resumo: a dyspepsia varia conforme a localização do calculo:

1.º *Na vesícula.* Dyspepsia flatulenta ou hyperchlorídrica com azias, sem ictericia mas com crises de colica hepática na migração do calculo.

2.º *No cystico.* Calculo livre: pequenas colicas, algumas dores nas costas: nem arrepios nem ictericia.

3.º *No choledoco.* Dor no epigastrio; sensação de frio com temperaturas altas. Arrepios, ictericia, perda de peso.

Em conclusão: 1.º os *calculos* biliares produzem uma dyspepsia referida ao estomago que tem symptomas iniciaes bem definidos. 2.º a *dor* dos calculos localisa-se no epigastrio, no lado direito, na espadua e no hombro. 3.º a *ictericia* falta em muitos casos de calculos e não pode ser elemento de diagnostico. 4.º a *febre* hepatica que acompanha a calculose do choledoco assemelha-se muito á do paludismo.

Da secção "Das Revistas" da Gazeta Clinica de São Paulo, 1915.

