



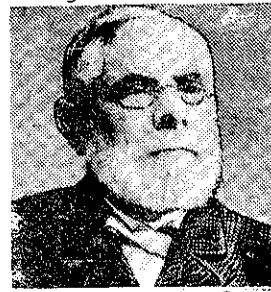
Prof. Pacifico Pereira



Prof. Virgilio Damasio



Prof. Silva Lima



Prof. Paterson



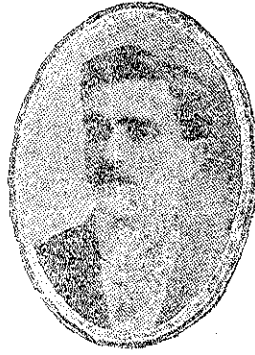
Prof. Pires Caldas



Prof. Wucherer



Prof. Oscar Freire



Prof. Clementino Fraga



Prof. Gonçalo Moniz



Prof. João A. G. Fróes



Prof. Pacifico Pereira



Prof. Eduardo de Moraes



Prof. Aristides Novis



Prof. Martagão Gesteira

GAZETA MEDICA DA BAHIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Vol. ~~XXX~~⁴⁸

Julho—1916

N. 1

Cincoenta annos de existencia de um jornal medico neste paiz é, na verdade, facto que merece registado.

Timbrando sobrepor-se á inercia de seu tempo, um grupo de profissionaes illustres, composto de Wucherer, Silva Lima, Paterson, Januario de Faria, Pires Caldas, sob a direcção de Virgilio Damasio, fundou em 1866, a *Gazeta Medica da Bahia*.

Iniciando a publicação assignala o editorial: «o nosso proposito é simplesmente o seguinte: concentrar, quanto possível, os elementos activos da classe medica, afim de que, mais unidos e fortificando-se mutuamente, concorram para augmentar-lhe os creditos e a consideração publica; diffundir todos os conhecimentos que a observação propria ou alheia nos possa revelar; acompanhar o progresso da sciencia nos paizes mais cultos, estudar as questões que mais particularmente interessam o nosso paiz e pugnar pela união, dignidade e independencia da nossa profissão».

E hoje, cincoenta annos depois, a *Gazeta Medica*, appellando para as suas collecções, pode fornecer a prova material de ter procurado cumprir aquellas promessas. Da sua historia dirá linhas adiante o nosso sabio mestre Prof. Pacifico Pereira, que, desde Janeiro de 1868, passou a dirigir-lhe os destinos e ainda hoje, 48 annos passados, conserva o seu nome venerado á frente do actual corpo redaccional.

A *Gazeta* contou ainda como director, quando

ausente na Europa o Prof. Pacifico, o Prof. Demetrio Tourinho, de saudosa memoria.

Aos seus fundadores presta a actual redacção da *Gazeta Medica*, a homenagem de sentida veneração, relembrando com saudade a memoria dos que se foram, deixando em paginas eternas o espolio da sua intelligencia e as acquisições do seu saber.

Ao grande vivo, o nosso sabio mestre e director, cabe, por força de respeitaveis direitos, a reverencia de seus discipulos e companheiros, solidarios no reconhecimento aos grandes serviços que á sua orientação superior deve a *Gazeta Medica da Bahia*.



ESBOÇO HISTÓRICO

—DA—

Fundação da “Gazeta Medica da Bahia”

ESTA data, memoravel para a imprensa medica bahiana, em que a *Gazeta Medica da Bahia* celebra o seu jubileu de meio seculo de existencia, um sentimento intimo, mixto de satisfação inefavel, de gratidão e de saudade, traz-me á memoria, em adoravel visão, que meu espirito contempla com veneração e carinho filial, um grupo de mestres que fizeram a minha educação scientifica e profissional, e foram para mim constantes e vivos modelos, pelas suas sabias lições e edificantes exemplos, e pela lealdade, nobreza e elevação com que exerciam a medicina e cumpriam com a mais apurada correccão os deveres inherentes a esse honroso ministerio.

Foi obra desse grupo de notaveis profissionaes a creação da *Gazeta Medica da Bahia*, que commemoramos hoje.

Em Julho de 1866 sahio á luz o seu primeiro numero.

Depois de muitas tentativas mallogradas fundou-se este periodico, que conseguiu hoje attingir a meio seculo de existencia.

O editorial que apresentou seu primeiro numero assignala bem que não haviam faltado antes dessa época homens notaveis pelo seu grande saber, illustração e amor ao estudo. «Sem sahir da Bahia, sem remontar a

tempos fóra do alcance de nossas próprias reminiscências e saudades, encontravam-se entre outros, vivos ainda na tradição popular e na da profissão, os nomes de Lino Coutinho, de Ataliba, de Cabral, de Alves; foram talentos brilhantes que cedo se apagaram sem deixar outro rasto de luz senão o que ficou na memoria dos que os admiraram; vozes autorisadas que soaram eloquentemente nos salões ou nos amphitheatros da Faculdade, mas cujos echos se calaram para sempre sem que lh'os recolhesse a imprensa para os transmittir á posteridade.»

Um grupo, pequeno no numero, mas esforçado e capaz, concebeu e realisou o auspicioso tentamen.

A *Gazeta Medica* teve uma origem das mais modestas.

Descreve-a um dos seus mais prestantes fundadores e constante collaborador, o Dr. Silva Lima:

«Em 1865 instituiu o propecto clinico,—referia-se ao Dr. Paterson,—umas amigaveis e interessantes palestras nocturnas; especie de *conversazione* periodica, em que duas vezes por mez tomavam parte em mui limitado numero alguns collegas das suas mais estreitas relações. Effectuavam-se estas palestras á vez, ora em sua casa, ora na de cada um delles; e os assumptos das sessões eram inteiramente facultativos e ás vezes fortuitos; não havia estatutos nem programmas, nem formulas de discnssões nem actas; ninguem alli tinha por obrigação fazer cousa alguma em tempo, modo e materia determinada, mas quando, como e o que queria ou podia. Versavam os entretenimentos, de ordinario, sobre casos clinicos occorrentes, exames microscopicos ou ophthalmoscopicos, inspecção de algum doente affe-

ctado de molestia importante, ou sobre questões e novidades scientificas do tempo concernentes á profissão ou de algum modo relacionadas com ella».

«Tomaram parte nestas conferencias alguns dos medicos mais notaveis daquelle tempo, como o Dr. Januario de Faria, professor, depois Conselheiro e director da Faculdade de Medicina, Dr. Antonio José Alves, eminente cirurgião e tambem professor, Drs. Otto Wucherer, Silva Lima, Pires Caldas, Pacifico Pereira, Victorino Pereira, Santos Pereira, Maia Bittencourt, Silva Araujo, Almeida Couto, Americo Marques e Hall, que successivamente iam tomar parte nessa instructiva convivencia, em que todos, velhos e moços, alternativamente e sem que o percebessem, tinham sempre alguma cousa que ensinar ou que aprender.

«Foi nestas palestras nocturnas, por diversas vezes interrompidas e recommçadas que appareceu e se pôz por obra em 1866 a idéa da publicação da *Gazeta Medica*, que tão bons serviços tem prestado á profissão e á litteratura medica brazileira; foi alli que successivamente foram objecto de conversação e de estudos micrographicos a hypoemia intertropical e suas relações com o *ankylostomum duodenale* de Dubini, a hemato chyluria e a filaria aqui primeiro descripta por Wucherer nas urinas chylosas (*Filaria Wuchereri* dos medicos brazileiros) e depois independentemente em 1872 nas Indias Orientaes achada tambem no sangue humano por Lewis, que por isso a denominou *Filaria sanguinis hominis*, cujo representante adulto feminino foi alguns annos mais tarde, 1876, ençotrado por Bancroft na Australia (*Filaria Bancrofti*, Cobbold); foi alli finalmente que por muitas vezes veio á téla da discussão a singular

molestia que desafiava a sagacidade dos medicos da Bahia e que se achou ser identica ao beriberi indiano, descripto ha mais de dois seculos por Bontius, e se ventilaram muitas outras questões de interesse geral ou particularmente utilisavel em suas applicações praticas á medicina ou á cirurgia».

«O impulso que estes modestos e desprezenciosos estudos deram ao desenvolvimento progressivo da actividade scientifica da classe medica da Bahia nestes ultimos annos, dizia Silva Lima em 1887, é conhecido por todos nós; este movimento que chegou a sentir-se para alem das raias desta provincia e mesmo fóra do Imperio, e que tão fertil tem sido em conquistas realisadas, como em bons estímulos para o apprehendimento de outras, foi incontestavelmente iniciado pelo Dr. Paterson que no meio da geral indifferença poude, em boa hora, crear um nucleo de vida e de progresso para a profissão e para a sciencia neste paiz».

A *Gazeta Medica* logo nos primeiros annos de sua existencia deu admiravel impulso ao estudo da nossa pathologia e enriqueceu a medicina nacional com estudos de alto valor.

Wucherer publicou em 1866 uma serie de artigos originaes, em que revelava seu espirito profundamente investigador, e o notavel preparo de sua educação scientifica, estudando a molestia vulgarmente denominada oppilação ou canção». Nesse estudo accurado e consciencioso Wucherer descobriu a causa dessa molestia, que era então frequente nos trabalhadores dos campos e nos escravos, a que o Conselheiro Jobim dera em 1835 a denominação scientifica de hypoemia intertropical;—era um entozoario, o *anchylostomum duodenale*,

encontrado por Dubini em Milão em 1838, e depois encontrado por Pruner, Bilbarz e Griesinger no Egypto.

Em numerosas autopsias a que assisti com Paterson e Silva Lima, mostrou Wucherer no duodenum, jejunum, e começo do ileon de diversos hypoemicos, alem de sangue derramado, pequenas e multiplas ecchymoses na mucosa, semelhantes ás que produzem as sanguesugas, e agarrados a esses pontos da mucosa pequenos vermes brancos, que examinados ao microscopio apresentavam os caracteres do *anchylostomum duodenale* de Dubini.

Em 1867 Wucherer publicou interessantes artigos de Zoologia Medica sobre o «modo de conhecer as cobras venenosas do Brasil e sobre as mordeduras destas cobras e seu tratamento».

Em 1868 Wucherer publicou sua «Nota preliminar sobre vermes de uma especie ainda não descripta, encontrados na urina de doentes de hematuria intertropical no Brasil».

Em 1869 publicou uma serie de artigos sobre a hematuria no Brasil e mostrou com grande numero de observações que não era o *distomum hematobium* que aqui se encontrava na urina dos doentes atacados desta molestia, e sim larvas de um nematoide de especie totalmente differente.

Foi este o ponto de partida dos estudos da hematuria e da hemato-chyluria successivamente feitos e registrados nas paginas desta *Gazeta* por Silva Lima, Paterson, Julio de Moura, Felicio dos Santos, Silva Araujo, Manoel Victorino, Almeida Couto e outros.

Infelizmente Wucherer falleceu em 1873 quando proseguia em seus estudos com a perseverança de seu

genio profundamente investigador, e a habilidade e criterio com que sabia conduzir suas pesquisas.

Foi Wucherer, disse seu dedicado amigo e leal companheiro Silva Lima, escrevendo sua biographia, —foi Wucherer o mais esforçado no empenho de dar ao novo órgão da imprensa medica provincial um character scientifico e quanto possivel original.

Foi elle justamente de entre todos o que mais e melhor contribuiu para imprimir ao jornal nascente esse character, enriquecendo com as suas investigações pacientes e meditadas os primeiros volumes da *Gazeta*.

Mais feliz do que Wucherer, poude Silva Lima estender por longos annos a influencia de sua orientação superior, de sua actividade excepcional, de seu espirito culto e investigador sobre as novas turmas de estudiosos que vinham de anno a anno engrossando o grupo dos iniciadores da *Gazeta Medica*, e illustrando os nossos annaes scientificos com as pesquisas dos multiplos problemas da nossa difficil pathologia.

Nos primeiros volumes encontra-se seu trabalho magistral sobre o beriberi, em que se caracteriza a superioridade do espirito observador, a facilidade e clareza da exposição, realçando a critica scientifica e profunda. É uma numerosa serie de artigos, publicados de 1866 a 1868, e que o autor modestamente denominou: «Contribuição para a historia de uma molestia que reina actualmente na Bahia sob a forma epidemica e caracterisada por paralysis, edema e fraqueza geral».

Era o estudo inicial do beriberi, até então desconhecido entre nós e que o eminente clinico aprofundou com a proficiencia, erudição e criterio que o distinguiam.

Em 1867 publicou seu estudo sobre o *ainhum*, trabalho original sobre uma molestia ainda não descripta, peculiar á raça ethiopica e affectando os dedos minimos dos pés.

Nos restrictos limites deste artigo seria impossivel traçar, ainda em ligeiro esboço, o desenvolvimento que tiveram os estudos das sciencias medicas na nossa imprensa, no percurso deste quindecenio de longa e trabalhosa vida, que ella atravessou sob o impulso de seus strenuos fundadores, com o auxilio de illustres e activos collaboradores, que poderosamente contribuíram para firmar sua reputação e assegurar sua existência.

Limitamo-nos aqui a mencionar os mais notaveis trabalhos com que illustraram, em sua primeira phase, a nossa imprensa medica, seus benemeritos iniciadores deixando gravada na historia da medicina brasileira indelevel lembrança dos serviços que prestaram á sciencia e á profissão medica.

Á profissão, na defeza das prerogativas e dos legitimos interesses da classe medica, na sustentação de seu caracter e de sua dignidade, não foram menos valiosos os serviços que a *Gazeta Medica* prestou, traduzindo sempre a influencia inicial, superior e efficaz de seus sabios mentores.

Em 1867, segundo anno de sua existencia, a *Gazeta* publicou integralmente o *Codigo de ethica medica*, adoptado pela Associação Medica Americana, admiravel compendio dos salutaes principios que devem servir de norma aos membros da classe medica, em suas rela-

ções com os seus clientes, com as autoridades judiciaes e administrativas e com os seus collegas.

Prefaciando esta publicação, o Dr. Silva Lima apreciava o exercicio da medicina entre nós, o modo porque é favorecido o charlatanismo impudente e ousado em menospreço dos facultativos legal e devidamente qualificados, e o que é peor, a tendencia progressiva e perniciosa de alguns membros da profissão a imitar as praticas condemnaveis dos charlatães, levados ou pela cubiça de um lucro deshonestamente extorquido ao publico ou pela ambição de uma fama conquistada por meios illegitimos.

«Trasladar para as columnas da *Gazeta* o codigo dos deveres a que é obrigado o medico na sociedade, foi o nosso primeiro pensamento e dando-lhe immediata execução não só cumprimos um indeclinavel dever que nos impõe a consciencia, mas substituímos a quaesquer considerações que nos suggerisse a importancia do assumpto, os salutaes preceitos emanados de tão legitima e competente autoridade como é a principal associação medica do continente da America; autoridade tanto mais insuspeita e acceitavel para nós, quanto nos vem de um povo illustrado e amigo, educado á sombra de instituições liberrimas como as nossas e que sabe subordinar a liberdade do cidadão aos principios da justiça e da honestidade, qualquer que seja a sua posição na ordem social.

«Os estados mandam outorgar aos medicos um diploma como prova da sua aptidão profissional, para garantia dos direitos que lhes dão a sua posição e o seu ministerio na sociedade; mas não lh'o dão para que abusem d'elle, nem desses direitos e convertam a

nobre profissão a que pertencem numa nova industria, numa especulação mercantil».

«O medico não pode como o industrial exigir privilegios pelos aperfeiçoamentos que possa trazer á sua arte, nem pelas suas descobertas; nem deve conservar um segredo avaro e egoista sobre qualquer meio curativo que o acaso ou a experiencia e o estudo lhe deparem; nem exaltar nos periodicos as suas curas e as suas habilidades operatorias; nem consentir que sob a mascara do agradecimento se annunciem a um publico incompetente *as suas delicadas maneiras, a sua humanidade, o seu desinteresse, a sua pericia*, e até o methodo curativo empregado, revestido dos termos technicos, ignorados geralmente pelos homens do povo. O medico não pôde nem deve descer por esta forma da posição a que o elevou o seu trabalho, a sua intelligencia, e a corporação scientifica que o mandou exercer a sua profissão com honra, prudencia e humanidade e lhe conferiu o titulo para desempenhar nobre e dignamente o seu mandato».

O codigo de ethica medica foi geralmente accedido pela classe medica entre nós e embora seu conjuncto de maximas e preceitos imponha apenas uma obrigação moral, todos os espiritos cultos, educados nos são principios de moral e de justiça, de lealdade e amor do proximo, o adoptam por um sentimento de dever e de dignidade propria.

A classe medica bahiana, em sua grande maioria, o tem cumprido e observado com uma correção que a honra sobremodo. A confraternidade medica entre nós já não é um euphemismo. Desappareceram felizmente do nosso meio as lutas entre os medicos, as discussões violentas na imprensa leiga, o *medicus medico lupus*, a

invidia medicorum pessima, que infamavam a classe com epigrammas e sarcasmos, desde Rabelais e Molière, até épocas não muito remotas.

A publicação do código de ethica medica foi um dos serviços relevantes da *Gazeta* para corrigir os abusos que se iam lentamente introduzindo na profissão e para combater a invasão crescente do charlatanismo e da impostura que ousadamente se ostentavam no exercício illegal da medicina.

A protecção official dos poderes publicos não offerecia á classe medica garantia sufficiente para defendel-a dos mascates de drogas, curandeiros boçaes e exploradores sem sciencia e sem consciencia, que impudentemente traficavam com a profissão, como se fôra uma especulação mercantil ou industrial.

Foi necessario nessa época iniciar na imprensa medica vigorosa campanha para defender a honra e o decoro da nossa Faculdade, os interesses superiores da saude publica e os direitos e prerogativas da profissão medica, contra o escandalo e o perigo que iam se estendendo pelo paiz com a introdução de falsos diplomas, cujos portadores, ignorantes e audaciosos, pretendiam á sombra da lei exercer livremente a medicina.

Na imprensa diaria de diversos paizes da Europa e da America annunciava-se por esse tempo a venda de diplomas de doutor em medicina, do mesmo modo que se annuncia o commercio a retalho do bacalháo e da cerveja.

Os annuncios eram concebidos nestes termos:

«As pessoas que desejarem obter, sem sahir do lugar de sua residencia, o título e diploma de doutor ou de bacharel, em medicina, sciencias, lettras, theologia, philosophia, direito ou musica, podem dirigir-se,

por carta franqueada, a *Medicus*, 46, King Street, em Jersey, na Inglaterra, o qual dará gratuitamente todas as informações necessarias».

Denunciando esta vergonhosa mercancia e chamando para o audacioso abuso a atenção da classe medica, da Faculdade de Medicina e dos poderes publicos, que tem por dever salvaguardar a vida e saude do povo, os interesses e a dignidade da profissão, diziamos, num artigo publicado nesta *Gazeta* em Junho de 1876 sob o titulo «Os diplomas de *doctor in absentia*»:

«Este facto escandaloso tem sido com vehemencia censurado pela imprensa medica de alguns paizes, mas apesar de tudo os agentes de tão inaudita especulação continuaram a traficar neste novo genero, e a opinião sensata suppunha que as universidades, que por sua liberrima organização permitem a concessão de titulos de *doctor in absentia*, eram victimas de uma deploravel mystificação promovida por alguns industriosos que assim desacreditavam sua instituição e ao mesmo tempo anarchisavam a profissão e aviltavam a classe medica.

O negocio tomára dia a dia proporções mais extravagantes.

Em 1873 a *Gazette Hebdomadaire* (n. 5) trasladava a seguinte carta que recebeu em Paris um porteiro, que nas horas vagas, para fazer mais alguns vintens praticava a maçadura: «Sr. Se deseja obter duma universidade celebre d'America o gráo e diploma de doutor em medicina queira indicar-me pois indicarei as minhas condições.

Queira aceitar, etc.

Assignado: *Medicus*.

46, King-Street, Jersey-Inglaterra».

Na mesma gazeta (n. 6, 1873) vem a resposta do supradito agente a uma encommenda do diploma feita de Paris por um *valet de chambre*.

É concebida nestes termos:

«Sr. . . 28 de Janeiro de 1873.

Em resposta á carta que teve a bondade de escrever-me, tenho a honra de informar-lhe que tenho em meu poder os meios de facilitar-lhe a obtenção do diploma que deseja, da Universidade Americana de Philadelphia cujos estatutos remetto aqui inclusos.

Incumbo-me de todas as formalidades, correndo por minha conta todos os riscos e perigos, e assim pode V. obter o diploma sem sahir do lugar de sua residencia.

A totalidade das despezas elevarse-á a 600 francos, sem ter de desembolçar mais quantia alguma.

Estou á sua disposição, etc.

P. F. A. Van der Vyver, Doutor em direito.

46, King-Street, Jersey-Inglaterra».

Alludindo a este escandalo o Medical Times em diferentes numeros de 1872 fazia menção de diversas cartas deste genero recebidas em diferentes pontos do Reino Unido, e em 15 de Junho de 1875 referia o facto de ter sido conferido o diploma de doutor a uma criança de um anno de idade.

O trafico immoralissimo provocou a indignação da imprensa medica e da profissão em geral contra a Universidade que assim se aviltava mascateando seus pergaminhos scientificos.

As associações medicas americanas bastante numerosas e fortes para repellir as invasões do charlatanismo promoveram a accusação da Universidade mercenaria.

O Senado e a Camara dos representantes do Estado

da Pensylvania decretaram por acto legislativo a prohibição, sob fortes penas, da venda de grãos ou titulos academicos, e depois de rigoroso inquerito, a que procedeu uma commissão especial, foi decretada a supressão da *Philadelphia University of Medicine* e do *Ecclectic Medical College of Philadelphia* declarando a lei, que os privou de seus direitos, que estes estabelecimentos se entregaram por algum tempo á venda e expedição illicita de diplomas a pessoas não qualificadas para recebê-los, com violação do espirito e dos termos de seus estatutos e grande detrimento do interesse publico, levando ao descredito as instituições medicas do Estado, compromettendo a saude publica, permitindo que pessoas absolutamente não qualificadas exercessem a medicina e exhibissem diplomas assim impropriamente obtidos».

(*Medical Times*, Abril 20, 1872).

Apezar destes meios energicos empregados pelo Estado da Pensylvania para reprimir o criminoso abuso, o trafico de diplomas continuou por algum tempo a fazer-se por individuos que se diziam representantes das universidades americanas. Ainda em 1876 o ministro americano inserio no *Times* uma nota em que pedia ao publico se acautelasse contra o trafico de diplomas que se fazia em nome de Faculdades Americanas que já não existiam ou tinham sido supressas.

N'Allemanha tambem por esse tempo algumas universidades concediam a estrangeiros, *in absentia*, *honoris causâ*, o titulo scientifico de doutor, e o abuso não tardou a desvirtuar estas concessões, tornando esses titulos uma mercadoria de exportação.

Um dos jornaes da epoca referiu um factio curioso

que mostrou o ponto a que chegara esse mercantilismo scientifico. «Havia n'Allemanha individuos que viviam da profissão de redigir memorias em latim para os aspirantes ao titulo de doutor *in absentia*. Um delles recebeu um dia duas encommendas simultaneamente, e expediu dois trabalhos do mesmo theor, tendo participado um dos clientes que tencionava obter o gráo na universidade de Rostock e o outro na universidade de Giessen. Mas á ultima hora o da Universidade de Giessen muda de tenção e decide-se a appellar para a universidade de Rostock. Assim duas memorias identicas, escriptas com a mesma letra e assignadas por dois candidatos differentes, foram submettidas num dia aos mesmos examinadores».

A introduccão no Brasil desses falsos diplomas com que se improvisaram doutores em philosophia, em direito, em medicina, num commercio illicito feito abusivamente em nome de algumas universidades estrangeiras, era tolerado pelos poderes do Estado e até em alguns casos favorecido pela protecção official; aviltando a profissão, anarchisava o ensino e rebaixava ao descredito as nossas instituições docentes, já accusadas por não defenderem a dignidade da classe e protegerem a saude publica contra a especulação audaz e criminosa de uma invasão crescente de aventureiros.

Convem rememorar, mesmo para animar a justa reacção indispensavel em casos identicos, a attitude que assumiu então a *Gazeta Medica* na defeza das prerogativas e legitimos interesses da classe e na sustentação do character e da dignidade profissional.

Ao autor destas linhas, director da *Gazeta* e professor da Faculdade de Medicina em 1876, offereceu-se

a oportunidade de iniciar o combate ao escandaloso abuso. Apresentando-se perante a Faculdade, para verificar seu titulo afim de habilitar-se ao exercicio da medicina, um candidato portador de um dos celebres diplomas da Universidade de Philadelphia, propuz á Congregação que consultasse o Governo, afim de saber officialmente, o que aliás já constava da imprensa medica de diversos paizes, se essa Universidade continuava no gozo do direito de conferir titulos, pois no caso contrario seus diplomas evidentemente não poderiam ser acceitos para verificação e exame de sufficiencia.

Protestando contra o escandaloso abuso com que se affrontava a dignidade da corporação docente de nossa Faculdade, chamei a attenção dos poderes competentes, pedindo urgente providencia, num editorial desta *Gazeta*, em Junho de 1876.

«É necessario, dizia então, que o Governo obtenha por seus agentes diplomaticos nos differentes paizes e transmitta ás nossas Faculdades informações exactas acerca das Faculdades estrangeiras que teem existencia officialmente reconhecida, para que não se dê o facto escandaloso e deponente da nossa dignidade e dos nossos creditos, de ver-se aqui acceto um diploma que seria reputado contrabando no paiz donde foi expedido.

«Na apreciação destes diplomas que a lei sabiamente conferiu ás Congregações das Faculdades, é necessario que haja rigor e criterio, para que estas não soffram a injusta affronta que lançou-lhes o Sr. de Valcourt, em relatório official ao Ministro da Instrução Publica em França em 1869, depois de sua viagem ás Universidades

Americanas, incluindo Faculdades do Brasil no número das criminosas ou cúmplices do trafico de diplomas.

«A venda de diplomas, protestamos então, é, para honra nossa, cousa completamente desconhecida no Brasil; mas, a facilidade que infelizmente ha ainda entre nós, para a verificação dos diplomas estrangeiros, alguns dos quaes são originarios dessas universidades que commerciam com titulos de *doctores in absentia*, é o unico fundamento dessa asserção tão injuriosa como gratuita.

«Convem pois que nos sirva isto de lição, que nos compenetremos de que a condescendencia tem muitas vezes a apparencia do crime, e procuremos zelar a dignidade e a honra das nossas Faculdades, como o merecem a vida e os creditos do paiz.

«Ao Governo compete auxiliar-nos neste nobre intuito.—Que cessem para sempre esses avisos ministeriaes, que constituem excepções odiosas e humilhantes para os brios e competencia das corporações docentes de nossas Faculdades, ordenando que seja acceito o diploma de B. ou F., embora não esteja nas condições legaes, ou ordenando que seja acceita uma simples certidão, em vez do diploma, como manda a lei, etc.

—Cesse o arbitrio de conceder um ministro ou presidente de provincia licença ao individuo M. para exercer a medicina por um certo prazo independente de verificação do titulo.

«Estes abusos do poder anarchisam o ensino, degradam a profissão e a classe medica e compromettem gravemente os creditos do paiz».

A' consulta, a que alludimos, feita ao Governo pela Congregação da Faculdade, sobre o diploma da Universidade de Philadelphia, o ministro do imperio,

depois da delonga necessaria para obter informações por intermedio de seus representantes nos Estados Unidos, confirmou a condemnação d'aquella universidade, expedindo ao director da Faculdade da Bahia, em 28 de Novembro de 1876, o seguinte aviso:

«Tendo se verificado que não se acha reconhecido pelo governo da União Americana o Estabelecimento que com a denominação de «Universidade Americana da Piladelphia» existe na cidade deste nome, declaro a V.S. que não pode ser acceito nessa Faculdade o diploma apresentado por afim de prestar exame de sufficiencia para o exercicio da medicina no Imperio».

Esta decisão justa e legal do nobre ministro, que expurgava a Faculdade e o Governo da criminosa cumplicidade no immoral e revoltante trafico de diplomas, foi recebida com acatamento pela Congregação e pela classe medica e immediatamente posta em execução, sendo recusado o titulo do candidato portador do falso diploma, altamente protegido por influencias politicas.

Entretanto, pouco tempo depois, em 4 de Maio de 1877, um novo ministro, que assumira a pasta do imperio, expediu ao director da Faculdade de Medicina da Bahia o seguinte aviso:

«Tendo o governo imperial *recebido boas informações* do Dr. F..., haja V. S. de admittil-o nessa Faculdade a exame de sufficiencia acceitando para esse fim o diploma que lhe foi conferido pela Universidade Americana de Philadelphia, *apezar do disposto no aviso de 28 de Novembro do anno proximo passado, que por esta deliberação não deve considerar-se revogado*».

Era manifestamente um favor do ministro, a quem fallecia competencia para julgar as habilitações do cau-

didato; concessão illegal, excepção escandalosa e arbitraria em contradicção formal ao aviso anterior, e mais do que tudo isso, era uma degradação humilhante que se impunha á Faculdade.

A congregação soube repellil-a; defendendo a lei, sustentando a sua dignidade de corporação docente e o decoro da classe medica, recusou nomear dentre seus inembros, como lhe competia pela lei, os examinadores para o portador do diploma, espurio e nullo, producto de um trafico ignobil e condemnado no proprio paiz de sua origem.

O candidato assim repudiado pela Congregação era um subdito inglez, aparentado com alta patente militar brasileira e protegido por grandes influencias politicas. Recordo o facto de sua nacionalidade, somente para realçar o procedimento altivo e digno do venerando clinico Dr. Paterson, o *medico inglez*, tão popular e respeitado nesta Capital, um dos fundadores da *Gazeta Medica*, que lançou logo em suas columnas uma notavel *carta-protesto*, verberando «o acto illegal do Ministro, arbitrario e humilhante para a Congregação da Faculdade, ordenando a admissão a exame de um seu compatriota, que não possuia nenhuma especie de habilitação, alem da caprichosa protecção de um servidor da corôa e um diploma ficticio de uma escola phantastica de medicina, denunciada pelo governo dos Estados Unidos como immoralissima traficancia commercial».

A repulsa da Faculdade ao acto abusivo e escandaloso do Governo teve grande repercussão. Largamente commentado e profligado severamente em nossa imprensa medica, foi discutido no Congresso Legislativo pela palavra autorisada de eminentes Senadores, como

Zacharias de Góes, Octaviano e Corrêa que defenderam calorosamente a Congregação da Faculdade.

O distincto parlamentar Cons. Zacharias de Góes, com o talento vigoroso e logica inflexivel que o faziam temido na tribuna, censurou com vehemencia o ministro do imperio que, «ainda novo no ministerio, comprometteu gravemente seus creditos de administrador, commettendo de um lapso de penna uma incoherencia, uma illegalidade, uma offensa aos brios de uma das mais altas corporações docentes do imperio e um attentado contra os legitimos direitos da profissão medica e contra os interesses da saude publica».

Na sessão do Senado em que foi discutido o orçamento de sua pasta, presente o Ministro do imperio e interpelado sobre o assumpto, reconheceu o seu erro declarando que «em vista dos estatutos das faculdades de medicina sempre entenderam que era inconcussa a competencia das suas congregações para julgarem da validade dos diplomas expedidos pelas universidades e academias estrangeiras e das habilitações dos que se apresentavam com esses diplomas pretendendo passar por exame de sufficiencia. Que sendo-lhe submittido o requerimento desse candidato com boas informações de lentes da Faculdade expedira o aviso para que fosse a questão sujeita á Congregação, a quem competia, em vista de seus estatutos tomar a resolução mais conveniente. A congregação decidiu negativamente, e elle reconhecendo a legitimidade da decisão, conformava-se com ella».

Foi um gesto louvavel do ministro, reconsiderar o seu acto e reconhecer a legitimidade da decisão da Congregação, conformando-se com ella, mau grado o tom

imperativo do seu aviso em que mandava admittir a exame o candidato. Incontestavelmente o que desarmou o ministro foi a attitude firme e digna da Congregação, sustentada pelos eminentes estadistas que a defenderam no Senado.

A importação dos falsos titulos de doutor em medicina no Brasil cessou desde então, e do escandaloso commercio restam apenas desse tempo alguns diplomados em philosophia, ou em sciencias e lettras, que ainda se empavonam com o titulo de doutor, em lettras gordas, nas exhibições mais ou menos charlatanescas em que negociam sua sapiencia com o mesmo desembaraço com que compraram seus titulos.

Vale a pena lembrar estes factos de nossa historia, que despertam ainda nos bons animos calorosos applausos áquelles varões illustres que souberam honrar a cathedra de mestres, zelando com ardor as tradições do glorioso instituto pela activa e nobre resistencia aos abusos do poder.

Tenho vivo prazer em recordal-os, revivendo no meu espirito a satisfação intima de ter partilhado do esforço e das glorias dessa luta, sob o influxo do codigo de moral que aprendi nas lições e exemplos dos sabios mestres que tive a fortuna de encontrar no magisterio e no exercicio da profissão, e que tanto contribuíram para a elevação da educação scientifica e profissional e para a formação do character das gerações medicas que se vão succedendo.

E hoje, convem ainda mais lembral-os, para despertar a attenção dos poderes publicos e especialmente

das autoridades sanitarias contra os innumerados charlatões e curandeiros que abusam da ignorancia e da credulidade do povo, sacrificando impunemente vidas, e extorquindo illegalmente proventos, com que ostentam cynicamente o abuso audacioso e conseguem angariar os favores de protecções illicitas.

A's associações scientificas e profissionaes o exemplo dos mestres, que aqui exaramos, deve servir tambem para provocar justa reacção contra a injuriosa affronta á dignidade da classe e aos direitos e prerogativas que lhe confere a lei.

Neste rapido esborço registramos a largos traços os serviços prestados pelos illustres profissionaes que formaram o grupo iniciador da *Gazeta Medica*, e transmitiram o impulso de sua actividade e dos seus talentos, e o espirito de investigação que os animava a todos os estudiosos que durante os cincoenta annos decorridos tem illustrado os annaes da nossa imprensa scientifica.

Ha ainda uma obra meritoria desse grupo de infatigaveis operarios do levantamento da classe, que perdura, embora ameaçada de morte pela indifferença e abandono que tantas vezes entre nós extinguem as cousas mais uteis.

É a *Sociedade Medico Phamaceutica de Beneficencia Mutua*.

Surgiu da *Gazeta Medica* a ideia de sua creacção no começo do anno de 1867. Dr. Góes Sequeira, distincto professor da Faculdade, teve a iniciativa de apresental-a e dentro em pouco congregavam-se os bons

elementos de que dispunha a classe, para a formação de uma associação beneficente, que a garantisse contra os revêzes da sorte, assegurando aos companheiros inhabilitados pela enfermidade ou pela velhice ou a suas famílias desamparadas um auxilio que as preservasse da miséria.

No anno seguinte a ideia foi posta em execução. A geração medica actual, estamos certos não a deixará morrer.

A obra meritoria e benefica dos benemeritos fundadores da *Gazeta Medica* ha de perdurar completa e prospera.

A mim, o discipulo, a quem aquelles sabios mestres tanto honraram, confiando-lhe a direcção desta *Gazeta* desde o segundo anno de sua existencia, compete hoje o grato dever de render-lhes justa homenagem, lembrando os altos merecimentos e inestimaveis serviços desses venerandos e inolvidaveis cultores da sciencia, benemeritos da classe e da profissão.

Cinco apenas foram os fundadores da *Gazeta Medica*: Paterson, Wucherer, Silva Lima, Januario de Faria e Pires Caldas.

Wucherer, cujos trabalhos originaes e de alto valor scientifico enriqueceram os primeiros volumes da *Gazeta*, succumbia prematuramente, victima da dedicação com que exercicia seu ministerio em 1873, com 53 annos d'idade, ainda em todo o vigor de sua actividade profissional.

Paterson, dez annos depois, em 1883, morreu subitamente á cabeceira de um enfermo no momento mesmo em que o examinava.

Era um medico popularissimo nesta Capital e em

todo o Estado, «o medico inglez». «Foi um dos homens mais virtuosos que tenho encontrado em toda minha vida, disse Silva Lima, escrevendo sua biographia. «Coração aberto aos mais puros affectos e nobres sentimentos, character austero, immaculado, intransigente em pontos de honra e dignidade pessoas ou de profissão, tal foi o homem a quem a Bahia reconhecida distinguiu em vida com uma estima sem interrupção, honrando na morte com um funeral publico e recommendou á posteridade em modesto monumento».

Por iniciativa de collegas e clientes foi erguido no Largo da Graça o busto do pranteado medico em marmore de Carrara sobre um pedestal de granito para attestar aos vindouros os serviços por elle prestados.

No mesmo anno de 1883 falleceu outro dos fundadores da *Gazeta Medica da Bahia*, o Cons. Januario de Faria, professor de clinica medica e director da Faculdade de Medicina.

Foi um professor distinctissimo.

Escrevendo sua biographia, disse Manoel Victorino:

«Encarnou talvez melhor do que ninguem, no ensino medico entre nós, a didactica elegante, primorosa muitas vezes, impondo-se frequentemente até o exagero dogmatico, é verdade, porem sempre attrahente, correcta e de lucidissima intuição.

«Amava a forma, com cuidado e zelos de artista; não dizia simplesmente a sciencia, sabia dizel-a.

«Os estudantes não iam ouvil-o somente para aprender, iam admiral-o.

«As bellezas artisticas do seu talento, da sua palavra; as lapidações scintillantes de sua intelligencia e de seu

caracter, innumeras faces offerecem ao estudo desta individualidade admiravel na nossa historia academica.

«Até no que havia de mais frivolo, de mais trivial este homem possuia uma fascinação irresistivel. O gesto, o timbre, a phrase tinham um encanto, uma doçura magica ou uma magestade olympica que nos trazia presos á sua palavra».

Dezoito annos mais tarde succumbiu Pires Caldas.

Cirurgião dos mais peritos, operador habil e seguro, distinguuiu-se na especialidade das molestias de vias urinarias. São raros os volumes da *Gazeta Medica*, de 1866 até 1900, que não registam interessantes e instructivos casos cirurgicos de sua clinica hospitalar e civil, e operações importantes. A ponderação erudita, o criterio de suas observações, o methodo e a clareza de exposição de seus artigos, a rigorosa exactidão de suas minudencias technicas, caracterisam as qualidades e dotes especiaes do distincto cirurgião, consciencioso, delicado, paciente e firme na execução dos mais difficeis processos operatorios.

Pires Caldas falleceu em 1901, com 85 annos d'idade.

O ultimo sobrevivente desse nucleo gerador da *Gazeta Medica* que a morte ia lentamente desaggregando, foi Silva Lima; durante 44 annos foi o mais operoso, o mais constante, o mais dedicado collaborador da nossa imprensa.

Em todos os volumes da *Gazeta Medica* elle collaborou com sua vigorosa mentalidade e com o caloroso entusiasmo que o animava sempre em prol do progresso da sciencia.

Já prostrado no leito pela molestia, que o victi-

mou, o sabio mestre, não podendo comparecer ás festas commemorativas do centenario do ensino medico no Brasil, celebradas pela nossa Faculdade de Medicina, escrevia uma carta congratulatoria, em que fazia erudita apreciação da litteratura medica brasileira em sua evolução desde os tempos coloniaes, e terminava a douta epistola com este bello periodo:

«É summamente grato ao meu espirito, terminada a minha missão professional de mais de meio seculo, considerar que o Brasil já possui uma litteratura medica propria, a qual, se não é superior, certamente não é inferior em extensão e valor scientifico á das nações mais adiantadas da America Latina».

Com a admiravel modestia que tanto realçava suas peregrinas virtudes, Silva Lima, que fora sempre a alma da *Gazeta Medica*, seu mentor e infatigavel redactor attribuiu aos esforços, á diligencia e a perseverança do collega que com elle collaborou na direcção da *Gazeta* a sua longa vida e os grandes serviços que ella por tão longo tempo prestara á classe medica e ao paiz.

Em 1898 saudando jubiloso o 32º anniversario da *Gazeta*, escrevia Silva Lima em suas primeiras columnas:

«Trinta e dois annos de vida para uma revista no Brasil é caso raro; na Bahia é unico. Esta longevidade quasi phenomenal da *Gazeta*, que foi muito alem da previsão de seus fundadores, não é devida a que ella tivesse vindo satisfazer um anhelos, uma necessidade publica universalmente reconhecida, nem a que a classe medica tivesse reclamado o seu apparecimento como uma condição indispensavel á sua vida scientifica; é

devida aos intuitos patrióticos e humanitários e á comprehensão de um dever cívico e social dos espiritos superiores que a dirigiram desde os seus primeiros passos e a elevaram ao character de órgão e representante de nossa profissão neste Estado.

Foram elles, no primeiro anno, Virgilio Damasio, depois Professor, nos tres seguintes Pacifico Pereira, o joven doutorado de então, em mais tres, o Professor Demetrio Tourinho, de saudosa memoria, e em todos os subsequentes outra vez Pacifico Pereira, já Professor tambem da nossa Faculdade, que lhe aplanaram o caminho e a guiaram, atravez de difficuldades e obstaculos de toda a sorte, até a data de hoje e á posição que ella occupa entre os órgãos da imprensa scientifica do Brasil».

«É grato aos sobreviventes do pequeno grupo dos seus fundadores verem hoje que não foram illudidas as suas esperanças nem frustados os seus intuitos de dotar a classe medica da Bahia com um órgão de publicidade que traduzisse os seus progressos scientificos, archivasse os seus trabalhos, elevasse bem alto o character profissional, e curasse dos seus interesses, como corporação, em suas relações com os poderes publicos e com a sociedade em geral».

Lançando um olhar retrospectivo para o longo caminho andado e para a obra realisada, o benemerito fundador da *Gazeta* via com legitima satisfação que o seu «modesto ainda que aventureiro empreendimento excedeu em muito a sua expectativa em proficuo trabalho scientifico e em prolongada existencia atravez de obstaculos sem conta, enfrentados com coragem e vencidos com gloria», e como pae carinhoso que extremece pela

sorte do filho dilecto, elle interrogou o futuro com a confiança que podem dar as previsões humanas, quando o passado e o presente se mostram fiadores do porvir, e rejubilava-se com a esperança nas novas gerações medicas, onde florescem notaveis talentos cultivados sob o influxo benefico das novas e mais amplas normas de educação profissional.

«As gerações succedem-se como os individuos, e pela ordem natural das cousas, o acervo intellectual de umas fica sendo patrimonio commum e inalienavel de outras; é a estas que, no seu proprio interesse e no da communitade compete e importa conserval-o, augmental-o, melhoral-o e transmittil-o aos seus successores; é este o processo que conduz á opulencia litteraria e scientifica das nações. Com a nossa litteratura medica é de esperar que succeda o mesmo, e como a ella, á imprensa profissional que a alimenta e propaga, como condição indeclinavel de sua propria existencia e da sua transmissão ás gerações futuras.

«*A Gazeta Medica* é já indispensavel á nossa vida scientifica nos tempos que correm; ella é necessaria á evolução, quasi revolução, por que está passando a medicina, e que ninguem poderá prever até onde irá. Ella viverá para acompanhar esse movimento incessante que se faz sentir por toda a parte; e viverá ainda para continuar a dar testemunho de que nós somos alguma coisa mais do que meras testemunhas indifferentes do progresso universal, ou simples usufructuarios das conquistas do alheio esforço».

Eram estes os votos e as esperanças do benemerito fundador da *Gazeta Medica* que foi o *primus inter pares* nesse grupo de profissionaes distinctissimos, a

que devemos hoje o mais elevado preito das nossas homenagens.

A mim, que tive a honra de ser discipulo dilecto e agraciado desses mestres eminentes, incumbe o grato dever de render-lhes hoje o culto da gratidão e da saudade á memoria dos sabios preceptores, que tive a fortuna de encontrar desde o começo de minha carreira profissional, constantes e venerandos modelos das mais acrysoladas virtudes, formadores insignes do caracter moral e da educação scientifica daquelles que tiveram a felicidade de receber os ensinamentos de suas lições e de seus exemplos.

A *Gazeta Medica* é o legado precioso desses benemeritos, que ha 50 annos promoveram a nobre empreza e ampararam-na sempre com seu valor scientifico e moral.

É este legado que tenho viva satisfação em entregar á nova geração, vigorosa e prestante, á illustrada redacção actual e aos seus distinctos collaboradores que teem mantido com brilho as tradições da imprensa medica bahiana, honrando assim a memoria inolvidavel de seus benemeritos fundadores.

PACIFICO PEREIRA



O BERIBERI NA BAHIA

PELO

Prof. Clementino Fraga

I

Visando tratar do beriberi na Bahia não me deixam tranquillo as responsabilidades que decorrem do oneroso encargo.

Na Bahia foi o mal identificado e nortçada a observação clinica pelo saber de SILVA LIMA, já notavel clinico na Capital, na epocha em que denunciou a existencia da molestia no Brasil.

O exemplo medrou no meio. Medrou e foi fecundo. O estudo do beriberi despertou a curiosidade em outros pontos do paiz; novas contribuições brasileiras juntaram-se aos trabalhos bahianos, formando o grande cabedal de conhecimentos que é, na hora presente, a litteratura medica nacional a respeito do beriberi.

Estudarei o beriberi na Bahia em dois capitulos: historico e clinico. No primeiro será apreciado o subsidio da medicina bahiana para o conhecimento da molestia, desde o admiravel trabalho de Silva Lima; no segundo, prevalecendo-me da oportunidade de tratar do assumpto, defenderei a autonomia nosologica do beriberi, invocando os trabalhos brasileiros que pleiteiam em favor desta opinião, esclarecendo-lhe os attributos clinicos que, no momento actual, a justificam. E, através destas linhas, resaltarão evidente, nas vantagens de sua clareza, a contribuição bra-

sileira, principalmente bahiana, a espaços dada á estampa nas columnas dos jornaes medicos ou em monographias de varias epochas.

Não ha negar que, a proposito do beriberi, os trabalhos nacionaes sublimam no amplo descortino, nos aspectos originaes, na probidade scientifica comprovada em paginas de grande alcance pratico.

II

Foi Silva Lima quem primeiro observou o beriberi na Bahia, desconfiando de sua existencia á vista de três casos com symptomas de molestia até então desconhecida no meio. Escreveu o sabio clinico bahiano: “em fins de 1863 e principios de 1864, e com poucos mezes de intervallo, tive occasião de observar tres casos de paralyisia, tão parecidos nos symptomas, na marcha e até na ordem em que os mesmos symptomas se succederam, que fizeram impressão no meu espirito e tambem no dos que commigo viram dous delles em conferencia”. E acrescenta depois de descrevel-os: “estes tres casos, tão semelhantes nos symptomas, na marcha e na terminação da molestia, ainda que naquelle tempo fossem considerados como uma fôrma particular da febre typhica endemica, que então era muito frequente, não deixaram de produzir no meu espirito uma certa estranheza, e deixar-me algumas duvidas quanto á sua verdadeira natureza”.

Assim se pronunciava Silva Lima, em 25 de Novembro de 1866, pelas columnas da *Gazeta Medica da Bahia*, em interessantissima publicação com o seguinte titulo: “*Contribuição para a historia de uma molestia que reina actualmente na Bahia, sob a forma epidemica e caracterizada por paralyisia, edema e fraqueza geral*”.

Este notavel estudo foi conhecido por uma serie de

artigos publicados de 1866 a 1869, os quaes foram em 1872 compendiados em volume sob o titulo “Ensaio sobre o beriberi no Brasil”, onde á primeira pagina do prefacio diz o autor: “a molestia, que a principio me parecia limitada á Bahia, foi, mais tarde, observada tambem e descripta em outras provincias. O estudo mostrou depois que ella é identica ao beriberi da India. Eis a razão do titulo —o beriberi no Brasil—que dei a este pequeno livro, em substituição ao que tiveram primitivamente aquelles artigos.”

Neste livro, “tão rico de observações, quão fertil de idéas uteis em nosologia e therapeutica”, como em artigo publicado na *Gazeta Medica* de 31 de Março, conceitúa o Professor Demetrio Tourinho, o Dr. Silva Lima narra como lhe impressionara a phenomenologia clinica da molestia nos seis casos primeiro observados.

“Outros collegas, diz Silva Lima, observaram tambem casos semelhantes; e actualmênte (Novembro de 1866) são elles já tantos e tão frequentes que constituem uma verdadeira epidemia, affectando não só mulheres, especialmente no estado puerperal, como tambem homens de todas as classes da sociedade, tanto da Capital como fóra della. Destes e de outros casos subseqüentemente observados desta molestia, vê-se que ella não é uniforme nas suas manifestações, nem os symptomas predominantes são sempre os mesmos, sobresahindo umar vezes a paralyisia e outras o edema, que chega a extender-se a todo o corpo.

Mas é certo que estes dous symptomas coexistem frequentemente, ou se succedem, principiando a molestia por um ou por outro, ou por ambos, do que darei exemplos no decurso deste trabalho.”

Estavam assim entrevistas as formas clinicas da doença, que no capitulo seguinte do livro foram perfectamente caracterizadas: *paralytica, edematosa e mista.*

Entrou depois o autor a considerar a symptomatologia em cada forma da molestia, registando 32 casos clinicos cuidadosamente observados, e termina o capitulo dizendo:

“Eu poderia acrescentar a esta serie de observações muitos outros casos semelhantes desta singular e mortifera molestia que, no ultimo semestre de 1866, fez numerosas victimas nesta cidade, e de agora apparecem, felizmente, mais raros exemplos; julgo, porém, que os que ahí ficam registados, posto que pathologicamente incompletos, por faltar ao maior numero delles o appenso dos estudos necroscopicos e algumas particularidades de physiologia pathologica, exigidos pela observação clinica rigorosa, são, todavia, sufficientes, creio eu, para caracterizar essa individualidade morbida, extranha outr’ora ao quadro nosologico desta provincia, e cuja physionomia eu procurei copiar do natural o mais fielmente que me foi possivel.”

Considerando a origem, desenvolvimento e extensão geographica do beriberi, depois de se referir á epocha de apparecimento e aos pontos onde foram vistos os doentes, diz Silva Lima: “É’ portanto incerto o logar e o tempo em que primeiro se manifestou esta molestia na Bahia, e mais incerto ainda como, e de onde nos veio, ou se foi originada entre nós por um concurso de circumstancias inteiramente desconhecidas; o que é certo é que ella não se limitou a esta Capital, pois existiu, e existe ainda, em alguns pontos do interior da provincia”, sendo provavel que já existisse ha muitos annos esporadicamente, fazendo, porém, o seu primeiro surto epidemico em 1866, quando se offereceu a oportunidade de sua melhor observação, a favor da repetição dos casos em dadas circumstancias de tempo e de espaço. Foi, de facto, em 66 que os casos de beriberi “raros, tambem nos primeiros mezes, foram-se tornando mais frequentes os exemplos da molestia no ultimo semestre desse anno, constituindo uma

pequena, mas verdadeira, epidemia, que pareceu extinguir-se em meiado de Dezembro”.

Dos casos de Silva Lima, quatro necroscopias foram praticadas no Hospital de Misericórdia, ensaiando deste modo o notavel observador a anatomia pathologica do mal, que constituiu depois ponto de especialidade dos scientistas bahianos.

A marcha e a duração foram consignadas na observação do mestre, sendo de 74,50 o coeﬃciente da mortalidade. A propagação da molestia e o diagnostico differencial foram tratados com igual apuro, e, de referencia á caracterização nosologica, *Silva Lima* estampa, laxo a lado, nas suas paginas os principaes phenomenos do beriberi descriptos por *Copland, Morehead, Aitken, Mericourt e Fonsagrives, Mouneret e de la Berge, Malcolmson* e áquelles que logrou observar nos seus doentes, mostrando-os iguaes, além da identidade das lesões anatomicas assignaladas por *Christie, Rogers, Marschall e Hamilton*.

“Em conclusão, diz *Silva Lima*, si não foi o beriberi ou barbiens a molestia que temos observado na Bahia, e que outros praticos assignalaram tambem em outras provincias, é fóra de toda a contestação que ella tem com elles a maxima semelhança, e que será difficil provar a sua não identidade sem mais profundos conhecimentos da materia do que aquelles de que actualmente dispomos.”

A etio-pathogenia do beriberi mereceu do autor singular attenção, chegando a concluir da origem infectuosa ou toxica, propriamente hemotoxica, como elle chamou nas considerações a proposito, assini terminadas: “Resumindo, pois, o que fica dito, eu considero a doença que observamos na Bahia em 1866 uma paralyisia hemotoxica, ou por envenenamento do sangue, manifestando-se ora nos nervos da vida animal, ora nos da vida organica, ora em uns e outros, dando logar: no primeiro caso ás pertur-

bações da motilidade e da sensibilidade, constituindo a forma que eu designei paralytica; no segundo á estase sanguinea no systema capillar, anasarca, perturbações da circulação geral e visceral, das funcções secretorias, etc., ou forma edematosa; e no terceiro a uns e outros destes phenomenos morbidos simultaneamente, constituindo a forma a que dei o nome de mixta. Qual seja a natureza e origem do agente que produz esta intoxicacão, é o que me parece, por emquanto, difficil de estabelecer, e nesta parte não está muito mais adeantada a etiologia e pathogenia de muitas outras affecções que geralmente se attribuem a uma origem zymotica”.

Por final estudou Silva Lima o tratamento e a prophylaxia da molestia, fazendo, em appendice, alguns reparos aos capitulos já descriptos, não para lhes contestar as asserções, senão para ampliar os conhecimentos da especie morbida, versados com o auxilio de novas observações pessoaes e documentos outros nacionaes e estrangeiros.

O notavel trabalho de *Silva Lima* não teve, como era de esperar, tratando-se de assumptó novo, unanime acolhida por parte dos contemporaneos, e o então inspector da Saúde Publica—Dr. João de Góes Siqueira, professor de Pathologia Geral da Faculdade de Medicina, em relatorio de Janeiro de 1867, contestou a existencia do beriberi na Bahia.

Os estudos sobre o beriberi, vigorosamente iniciados por *Silva Lima*, tiveram repercussão vibrante e apaixonada no meio medico bahiano, sendo ventilado o assumpto nas clinicas didacticas, nas theses de concurso e de doutoramento e em artigos da imprensa medica, restricta, como ainda hoje, na Bahia, á *Gazeta Medica*. (*)

(*)—Diz o Dr. Domingos Santos que foi a *Gazeta Medica da Bahia* o jornal que, no Brasil, primeiro publicou a palavra *beriberi*.

Em sua these inaugural, apresentada e defendida perante a Faculdade de Medicina da Bahia, em Novembro de 1867, *Pacifico Pereira* dissertou sobre o “diagnostico differencial das paralyrias e seu tratamento”, occupando-se da paralyria epidemica então reinante, approximando-a do beriberi.

Em 1868 e 1869 o Dr. *Julio Rodrigues de Moura* publicou na *Gazeta Medica* alguns artigos com o seguinte titulos: “Estudos para servir de base a uma classificação nosologica da epidemia de paralyrias que reinou na Bahia”.

Neste estudo, o illustrado clinico diz em uma das suas proposições: “Considero a affecção que grassou epidemicamente na Bahia como paralyria de origem e caracter rheumatismal”. E’ certo que no ultimo artigo da serie escreveu o mesmo autor: “se attendermos ao estudo comparativo da epidemia com as molestias que mais se lhe assemelham no quadro nosologico, chegaremos á conclusão de que é com o beriberi e com o barbiers da India que ella maiores analogias apresenta”, embora paginas atraz, houvesse dito: “a etiologia provavel da epidemia e o seu estudo comparativo corroboram até certo ponto a hypothese da sua origem rheumatismal”.

Januario de Faria, notavel professor de clinica medica, assim se exprimia em 1869: “minhas idéas tendem cada vez mais a considerar tal estado morbido, antes como resultado da acção simultanea de certas causas deprimentes conhecidas, e de seus principaes effeitos sobre os centros nervosos do que como uma molestia especial devida a uma causa unica, especifica, desconhecida entre nós; a therapeutica muitas vezes se encarrega de esclarecer a pathologia obscura de muitas molestias; na affecção de que se trata, para cujo esclarecimento, em relação á natureza e séde tem falhado até hoje a anatomia pathologica, a experiencia therapeutica vae demonstrando todos os dias

que a etiologia do beriberi é a mesma dos envenenamentos palustres, e de outra origem, e que a differença nas manifestações symptomaticas depende antes de disposições organicas individuaes e quiçá de certas influencias atmosphericas desconhecidas, do que da diversidade da natureza da causa”.

Em Fevereiro de 1870, em nota publicada plea redacção da *Gazeta Medica*, sobre uma correspondencia de Santa Catharina a respeito do beriberi, se encontra, *in fine*, a seguinte noticia local: “aqui na Bahia especialmente se tem desenvolvido agora mais intensamente, como em geral nos annos anteriores tem acontecido, nas estações mais quentes”.

Ainda em 70, no jornal academico “Ensaio”, anno 1º., n. 3 de 4 de Maio, vem um artigo sob o titulo “algumas considerações sobre o beriberi”, com a assignatura— Dr. M. J. S., iniciaes do illustrado Professor Manoel Joaquim Saraiva.

Em 1871, *Almeida Couto*, depois professor de clinica medica, apresentou uma these de concurso sobre “os melhores meios therapeuticos de combater o beriberi” na qual “considerava apenas como causas predisponentes a alimentação de má natureza, o puerperio, as impressões moraes e o alcoolismo, e julga que a molestia deriva de uma hemotoxia, cujo agente é ainda desconhecido”.

Em relação á therapeutica preconizou o autor a noz vomica, a strychnina, o arsenico, os diureticos e purgativos, a ergotina.

Ainda em 71, o Dr. *Manoel Joaquim Saraiva*, depois reputado professor de Hygiene da nossa Faculdade, apresentou uma these de concurso sob o titulo “Quaes os melhores meios de combater o beriberi”, na qual descreveu a forma aguda e superaguda da molestia, alludindo á frequencia com que ella victimou os soldados brasileiros no

Paraguay. Nessa these o professor Saraiva aconselhava mais ou menos os mesmos agentes therapeuticos, lembrados na mesma occasião pelo Cons. Couto, e mais a electrotherapia e a revulsão. Mas foi ainda *Silva Lima* quem indicou a formula de Easton, feliz combinação, ainda hoje muito usada, em que se encontram associados o ferro, o phosphoro e a strychnina.

Em 1873 apparecem sobre beriberi os trabalhos do Dr. *Ribeiro da Silva* (Estudo sobre a pathogenia do beriberi) e Professor Jeronymo Sodrê (*Memoire sur le beriberi*). Sabe-se então que uma these de Paris, de *Ernest François*, foi calcada nos estudos de *Silva Lima*. Rodrigues Lima (Joaquim Manoel) publicou em Abril de 1874, na *Gazeta Medica*, um artigo sobre o beriberi, fazendo notar que a molestia “sempre se desenvolve como resultado de uma intoxicacão paludosa, que se traduziu anteriormente por febres remittentes graves, contrahidas nas margens dos rios onde são endemicas as sezões”.

Em Maio de 1876, *Silva Lima* affirmava a reproducção dos casos de beriberi “e que apesar de ser muito frequente o beriberi na nossa Capital, não possuímos uma estatistica que nos dê a proporção dessa frequencia e muito menos a de sua mortalidade”.

Sabe-se, porém, que houve uma epidemia no quartel da Palma, sendo os soldados doentes transferidos para a ilha de Itaparica e deshabitado o quartel.

Em 1877, em sua “chronica sanitaria” publicada em 20 de Dezembro, dizia *Silva Lima*: “o beriberi tem augmentado muito de frequencia com a elevação da temperatura; nestes ultimos mezes foram raros os dias em que não vimos casos novos de molestia, e a mortalidade entre individuos que não puderam emigrar foi considera-

vel, mesmo entre os que procuraram refugio á beira-mar nas proximidades da Capital". (*)

Conseguiu o provedor da Santa Casa de Misericordia, em Dezembro de 78, que o Governo recebesse os beribericos do Hospital em Itaparica, mas é mistér dizer, que antes de chegar o primeiro doente foi a enfermaria fechada.

Em Novembro de 79, o então Ministro do Imperio Sodré Pereira, nomeou uma commissão composta dos Drs. *Almeida Couto*, *Ramiro Monteiro*, *Demetrio Tourinho* e *Paterson* para estudar o beriberi na Bahia.

Em 1880 o Corpo de Saúde Militar desta Capital, pediu a remoção urgente dos soldados do quartel da Palma, por ter apparecido de novo o beriberi sob forma epidemica.

Em 1880, o Dr. Euclides Alves Requião publicou uma memoria em resposta á carta circular da commissão nomeada para estudar o beriberi. (*)

O sabio Professor *Pacifico Pereira*, em Abril de 1881, iniciou na *Gazeta Medica* uma serie de artigos sob o titulo "Estudos sobre a etiologia e a natureza do beriberi", na qual dava conta dos seus trabalhos anatomo-patholo-

(*)—Foram apresentadas neste anno á Faculdade de Medicina tres theses sobre beriberi, escriptas pelos Drs. Alfredo Casimiro da Rocha, José Antonio de Mello e José Ferreira Velloso.

Em 1878 foi apresentada uma these sobre beriberi pelo Dr. Eduardo Ribeiro da Silva.

Em 1879—These do Dr. Propercio Pereira da Silva—Sobre diagnostico e tratamento do beriberi.

(*)—Em 79 e 80 foram apresentadas á Faculdade de Medicina theses sobre beriberi dos Drs. David Benedicto Ottoni, Eugenio Toscano de Britto, José Ignacio da Silva, Pedro Bandeira de Gouveia, Luiz Carlos Moretzsohn, Bernardo de Figueiredo Filho, Augusto Cesar do Amaral, Virgilio José Martins, José de Sá Bittencourt Camera, Joaquim Cerqueira de Souza, João Pereira de Mello Moraes, João Bastos de Melo Gomes, Ignacio de Souza Dias, Fernando Maria dos Reis e Arthur Raul Pinheiro.

Em 81, o Dr. Braulio Pereira defendeu perante a Faculdade

gicos, trazendo-nos a seguinte conclusão: “nas autopsias a que procedemos procuramos completar os estudos das alterações cadavericas pelo exame histologico e o resultado, que já descrevemos, foi a degenerescencia gordurosa em gráo mais ou menos adeantado no coração, no figado, nos rins e em alguns musculos”.

Nas necroscopias que praticou foi o eminente mestre acompanhado pelos Drs. *Ramiro Monteiro*, *Augusto Maia* e *Pacheco Mendes*. Pacifico, em seu trabalho, analysa as circumstancias etiologicas em que se manifesta o beriberi, estuda, exhaustivamente, a hematologia do mal, apontando no sangue dos doentes a existencia de micro-organismos espheroides, agglomerados ou insulados e dotados de movimentos, microorganismos que foram igualmente encontrados em individuos aparentemente sãoes em 10 0/0 dos casos examinados, o que para o provector mestre lhés tira o valor sepecifico, embora alguns destes viessem a enfermar posteriormente, parecendo talvez tratar-se do caso de portadores de germens, quaes os regista a moderna pathologia infectuosa.

Ainda em 81, a therapeutica do beriberi recebeu a contribuição do artigo do Dr. A. Rodrigues Lima, hoje laureado professor da Faculdade do Rio, sobre o emprego dos banhos galvanicos e duchas frias feitas pelo *Cons. Souto*, no seu estabelecimento hydro-therapico da cidade.

Em Setembro de 1884, o Profesor Pacheco Mendes

a sua these de doutoramento, sob o titulo de “Historico da pathologia e therapeutica do beriberi no Brasil”.

Foram defendidas perante a Faculdade de Medicina, sobre beriberi, as theses dos Drs. Feliciano de Faria e Silva, Hermillo Affonso Monteiro, Luiz Antonio Gualberto e Marcellino da Silva Perdigão, todas estas em 1883.

Em 1885, mais as theses dos Drs. Americo Rodrigues Teixeira, Antonio Moreira Rodrigues, Arthur Pinheiro, Francisco X. G. Montenegro e L. Duarte Pereira.

começou a publicar o resultado de observações e trabalhos experimentaes, em artigos com o titulo "Contribuição ao estudo do beriberi".

O estudo anatomo-pathologico permittiu ao illustrado professor firmar que os nervos compromettidos não apresentam alterações de natureza inflammatoria, accrescentando que as alterações são proprias da atrophia degenerativa simples, donde a proposta que fez de atrophia nervosa multipla para qualificar a lesão nervosa do beriberi. Suas conclusões só em Dezembro de 1889 foram publicadas no livro que deu á estampa, "Contribuição ao estudo do beriberi", onde se encontram reunidos e ampliados seus artigos, com a referencia de suas pacientes investigações experimentaes.

São estas as conclusões: "I—As perturbações da sensibilidade geral, a incoordenação motora, as paralyrias, a abolição dos reflexos tendinosos e as outras manifestações que constituem o syndromo clinico do beriberi, resultam das alterações generalizadas dos nervos cutaneos e musculares.

II—Estas alterações são de origem peripherica; pois a medulla, os ganglios espinhaes, as raizes anteriores e posteriores apresentaram nos diversos casos examinados os caracteres do estado physiologico.

III—As manifestações, a evolução, a diffusão accidental da molestia após a chegada de doentes em logares onde nunca foi observada, impõem a natureza infecciosa do beriberi; mas o agente pathogeno continúa desconhecido, como o de outras molestias da mesma especie.

IV—Os microorganismos existentes no sangue das pessoas atacadas de beriberi não explicam a genese desta molestia.

V—As provas fornecidas pelo methodo experimental

—cultura e inócuções em animaes—produziram resultados negativos, sancionando assim aquella conclusão.

VI—A presença daquelles microorganismos no sangue dos beribericos constitue phenomeno secundario, dependente de condições previas, representadas nas modificações dystrophicas do sangue, que se observam em diversos estados morbidos, nos quaes sempre se encontram.”

Em Junho de 1890, o sabio Professor *Nina Rodrigues* iniciava na *Gazeta Medica* uma publicação sobre “o beriberi e as polynevrites: diagnostico differencial”, a qual se distribue em artigos successivos em Junho, Julho, Agosto, Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro. No ultimo artigo publicado, diz o autor: “Assim recapitulando esta ligeira analyse dos signaes diagnosticos do beriberi, concluimos que não existe symptoma algum pathognomonic e que, á excepção talvez do edema generalizado, associado a uma paralyisia bem manifesta, e do caracter epidemico da molestia, todos os outros signaes têm apenas com relação ás polynevrites um valor relativo e mais se distinguem por uma questão de gráo ou extensão do que de qualidade.”

O terceiro Congresso Brasileiro de Medicina realizou-se na Bahia, em Outubro de 1890. Foi uma importante reunião scientifica, na qual foram discutidas longamente questões relativas ao beriberi. A tal proposito, primeiro falou o Cons. Prof. *Ramiro Monteiro*, tomando por thema de sua memoria “algumas difficuldades no diagnostico do beriberi e das nephrites”, na qual expõe os embarços que se oppõem ao diagnostico clinico, e appellando para o exame completo da urina, “como o melhor elemento para o diagnostico”, formula ainda, entre outras, a seguinte conclusão: “o estudo da arterio-esclerose e o conhecimento mais aperfeçoado da symptomatologia das nephrites, sobretudo das nephrites intersticiaes, tem contribuido pode-

rosamente para reduzir o quadro estatístico do beriberi, principalmente o de forma edematosa.”

Na discussão da memoria tomaram parte os Professores Nina Rodrigues, Almeida Couto, Frederico de Castro Rebello e Alfredo Britto.

Na sessão de 18 de Outubro, apresentou o Dr. Ezequiel Britto uma memoria sobre “o beriberi e as polynevrites periphericas, especialmente as toxicas e infectuosas. Analogia e differenças”.

Este trabalho, que estuda as polynevrites em cotejo com o beriberi, percorre com vagar a litteratura do assumpto, principalmente as publicações nacionaes. Em discussão tomou parte o Professor Pacifico Pereira, que diz estar “convencido da natureza infectuosa da molestia, produzida por um agente que determina primeiro uma alteração nos elementos constituintes do sangue, e em ultima instancia a asphyxia local ou geral nas formas de marcha rapida, ou as paralyrias periphericas e de origem infectuosa nas formas clinicas de evolução mais lenta”.

Em seguida diz o notavel mestre: “Procurei estudar a hematologia do beriberi, e encontrando no sangue dos beribericos os micrococcus que descrevi em 1880, verifiquei tambem nos casos em que pude fazer observações cuidadosas que no beriberi de marcha mais lenta ha uma diminuição de globulos vermelhos do sangue, hypoglobulia que descia em alguns casos áquem de 2, 1/2 milhões de globulos por millimetro cubico, ou menos da metade da cifra normal. Procurei ainda mais recentemente estudar além da riqueza globular, a riqueza hemoglobica do sangue nos beribericos, pois as lesões anatomo-pathologicas que encontrei pelo exame cadaverico e descrevi em 1880, entre ellas as dos nervos periphericos, não explicam as differentes physionomias clinicas deste estado morbido.

Tenho verificado em um certo numero de casos, pelos

hemochrometros de *Malassez* e *Rizzozero*, uma diminuição da cifra da hemoglobina no sangue dos beribericos, porém não tenho ainda numero sufficiente de observações para apresentar a este Congresso, como pretendia, em trabalho sobre a alteração globular do sangue nos beribericos." E accrescenta: "Resumindo os resultados de minha observação, estou convencido de que o beriberi é uma molestia infectuosa que affecta o sangue e especialmente seus globulos vermelhos, e creio que a nevrite ou polynevrite não é senão uma localização morbida, como se observa em outras molestias infectuosas; e não se poderia chamar o beriberi uma polynevrite, como não se pôde chamar a malarria uma hepatite ou esplenite, quando a infecção se localiza de preferencia no figado ou no baço, ou mesmo uma polynevrite, quando a infecção palustre determina, como em alguns casos se observa, esta lesão dos nervos periphericos".

Não é mister encarecer a importancia das conclusões do Professor Pacifico a respeito da polynevrite no beriberi, que elle considera uma manifestação local, secundaria ao processo geral primitivamente sanguineo. Este é o ponto principal da concepção do mestre contraria ás acquisições, já preexistentes naquella epocha, de *Scheube*, *Peckelharzing* e *Winckler*.

Falou, por fim, o Professor Alfredo Britto, terminando por apresentar as seguintes conclusões:

I—Não ha confusão possivel entre a forma edematosa do beriberi e qualquer outra polynevrite.

II—Só com relação ao beriberi secco ou paralytico e o misto de manifestações hydropicas, não predominantes ou pouco accentuadas, é permittida a hesitação diagnostica—unicamente com as polynevrites toxicas e infectuosas, quando generalizadas.

III—No grande numero de casos em que fôr possivel

a verificação negativa da influencia toxica ou infecciosa, bastará, por si só, o factor etiologico para decidir o diagnostico em favor do beriberi contra todas as polynevrites toxicas ou infectuosas secundarias.

IV—Ainda é possível, no estado actual da sciencia, formular o diagnostico entre o beriberi e a polynevrite infectuosa primitiva, sua co-irmã, o que, aliás, não tem grande valor pratico, sob o ponto de vista propriamente clinico, em face da extrema raridade desta e notavel frequencia daquelle.

Em artigo publicado na *Gazeta Medica*, em Junho de 1893, Silva Lima chama a attenção para as medidas prophylacticas a tentar na marinha para evitar o beriberi, extendendo-as quanto possível ao exercito e ás prisões.

Sobre a hematologia do beriberi, escreveu em 1904 o Dr. João Soledade, em these inaugural, elaborada no serviço da primeira cadeira de clinica medica, então a cargo do illustrado Professor Anisio Circundes. Antes d'elle, na Bahia, já se haviam occupado do assumpto os Professores Pacifico Pereira e João Fróes e o Dr. Josias de Andrade, os dois ultimos em exames não systematizados, o primeiro em exames pacientes, de cujo resultado paginas atraz demos vaga noticia.

As conclusões do trabalho do Dr. Soledade são as seguintes: "coloração normal, empilhamento facil; coagulação entre 1'40" e 2' 40", tendo por media 2; densidade 1064,28; hemoglobina 65,22 %; globulos vermelhos 4.937.428,5; leucocyots 8.735; neutrophilos abaixo da normal; eosinophilos, formas de transição acima da normal; pequenos lymphocyots ás vezes augmentados; grandes lymphocyots sempre em grande proporção.

Foram 15 as observações de que se serviu o Dr. Soledade para a media que apresenta.

Fróes ampliou as suas observações, estudando o san-

gue dos beribericos da Penitenciaria do Estado, tendo chegado aos mesmos resultados. Fez tambem exames no liquido cephalo-rachidiano, nada encontrando de anormal.

Percorridos os trabalhos bahianos sobre o beriberi, destes procuramos extrahir a contribuição que lhes realça o valor e illumina o capitulo da molestia na sua etiologia, anatomia pathologica, symptomatologia, prophylaxia e tratamento. (*)

III

A questão da entidade nosologica do beriberi está ainda na ordem do dia. A syndrome beriberica imaginada a revézes, ao sabor de causas diferentes, é defendida e justificada por Firket, Dürck, Glogner, Barbezieux, e, entre nós, por Martins Costa, Aurelio Vianna, J. Moreira, Ismael da Rocha e outros.

A etiologia alimentar é ainda o ponto mais discutido no estudo do beriberi, não obstante as ultimas contribuições. Os estudos de Vernick, Eykmann, Takaki, Frazer e Stanton, Suzuki, Shimamura e Odaké sobre o arroz, as experiencias de Funck sobre as *vitaminas* e os recentes trabalhos de Renault, Weil e Moriquaud sobre os alimentos esterilizados, e portanto privados da substancia—fermento, indispensavel á nutrição, ainda não disseram a ultima palavra. O arroz decorticado na alimentação dos animaes em experiencia produz uma polynevrite; os alimentos esterilizados egualmente a determinam. Será a ausencia da orizanina de Suzuzi e Odaké ou da vitamina de Funck no

(*)—A Faculdade da Bahia foram apresentadas mais as theses dos Drs. Octaviano Norberto Starling (1890), João dos Santos Neves (1892), Januario Manoel de Santa Thereza (1893), José Ignacio da Silva (1900), João Soledade (1905); Joaquim José Ribeiro de Oliveira (1908) e Francisco de Azevedo Veiga (1915).

arroz? Os alimentos previamente submettidos á esterilisação, privados do fermento ou substancia viva, indispensavel á nutrição, podem causar o beriberi, como querem Weil e Moriquaud. Experimentalmente, não ha duvida, a polynevrite ficou demonstrada.

E o beriberi? A só polynevrite experimental poderá identifiçal-o no seu complexo clinico? Não é nosso parecer, conforme nestas linhas faremos resaltar. Já o dissemos: “a symptomatogia do beriberi é mais complexa, mais fortes e impressionantes as tintas do quadro clinico, sendo a polynevrite uma parte, verdade é que saliente, das manifestações, naturalmente filiadas a uma só e mesma causa até agora desconhecida”.

A identificação do beriberi á ankylostomose ou á polyverminose não repousa sobre base seria, dada a trivialidade da verminose, parecendo haver apenas a coincidência de ovos de parasitos nas fézes de beribericos. Assim entre nós, onde é consideravel a cifra da verminose, é relativamente minima a percentagem do beriberi. Em cinco annos, no serviço de clinica medica sob nossa direcção, contamos 460 casos de polyverminose, 34 casos de ankylostomose pura e apenas 5 casos de beriberi!

De referencia ao paludismo, pelas afinidades clinicas com o beriberi nas “formas cerebraes da malaria com as perturbações paralyticas que as acompanham”, conforme observou Chagas na Amazonia, a confusão pode ser possível. Confusão diagnostica apenas, onde a clinica se exerça sem o aparelhamento complementar do laboratorio. Mas isto não justifica a identificação do beriberi ao paludismo, outr’ora suspeitada por muitos dos nossos maiores na medicina brasileira. O chamado beriberi *galopante* do Amazonas, tão diagnosticado quanto temido naquellas regiões, não é mais que uma forma maligna do paludismo, conforme Chagas, que assim a descreve:

“Vimos doentes atacados de formas agudas da molestia (a malaria) tornarem-se inopinadamente paralyticos, a principio dos membros inferiores, ascendendo depois a perda dos movimentos para o tronco e membros superiores, attingindo não raro as vias digestivas e respiratorias e deste modo levando a morte. Alguns destes casos apresentam extrema gravidade, fallecendo os nfectados em curtot prazo; outros doentes permanecem em paralytia durante quinze ou mais dias, não sendo raro voltarem á normalidade pela acção medicamentosa específica. Praticamos autopsias em casos dessa natureza, encontrando repletos de parasitas os capillares do systema nervoso central.”

Entretanto, existe o beriberi na Amazonia. “Existe, sem duvida, disse Chagas, no Acre e em outras regiões do Amazonas, o beriberi com a expressão symptomatica que o individualiza; a sua gravidade e excepcional frequencia, porém, constituem dados que as nossas pesquisas não puderam confirmar, senão interpretar como resultantes de apreciações defeituosas”. (*)

Beriberi e paludismo são, pois, molestias distinctas, embora symptomas affins os approxímem em formas clinicas menos communs.

* * *

A etiologia imprecisa do beriberi é, sem duvida, o ponto fraco na discussão sua autonomia nosologica. Tem sido até agora a tecla ferida pelos que valorizam a syndrome, negando a molestia: é o pomo de discordia no conceito nosographico. E' verdade que tudo vale o conhecimento da causa na devassa do mal, mas é também verdade

(*)—Chagas—Notas sobre a epidemiologia do Amazonas—*Brazil Medico*—1913.

que é a etiologia de qualquer molestia o derradeiro capitulo a illuminar-se, e no que toca ao beriberi, a tal proposito, espera-se ainda a ultima palavra. Não vale negar a molestia porque se lhe não conhece a causa; mais dia, menos dia, chegará a vez de sua emancipação. Questão de tempo, quando no encalço da causa continúa a pesquisa scientifica.

O estudo do beriberi-molestia, emquanto nos falta o conhecimento da causa, tem na clinica e na epidemiologia os seus mais valiosos argumentos.

Servindo-me de uma systematização clinica já escripta a respeito, e bem me servindo uma vez que nem de emprestimo o faço (*), aqui volto á carga no mesmo tom. Disse eu:

“Clinicamente, se deve considerar no beriberi, de feição a singularizal-o no quadro das polynevrites:

- a) a precocidade ou integração rapida dos phenomenos polynevriticos em qualquer das formas beribericas;
- b) as determinações visceraes, principalmente cardiacas;
- c) a evolução clinica;
- d) o prognostico.

No beriberi os phenomenos da nevrite multipla quer subjectiva, quer objectivamente explorados, denunciam a molestia, inaugurando a scena morbida que elles dominam na exclusão de manifestações outras dependentes da molestia ou intoxicação proxima.

São as perturbações da sensibilidade (formigamentos, sensação de peso nas pernas, dormência, cainbras, myalgias, hyperesthesia muscular) e as da motilidade, em pouco manifestas (perturbações pareticas, paralsias dos exten-

(*)—C. Fraga—Beriberi ou syndrome beriberica?—Memoria apresentada á Academia Nacional de Medicina.

sores, abolição dos reflexos, etc.), que o clínico para logo verifica e pelos quaes vae nortear o seu diagnostico. Taes phenomenos se apresentam desacompanhados de quaesquer outros que indiquem a filiação da polynevrite a uma infecção ou intoxicação, como no escorbuto, na syphilis, na diphtheria, na tuberculose, na lepra, no paludismo, nas febres eruptivas, no saturnismo, no alcoolismo, no diabetes, no puerperio, etc., nos quaes logra o exame clinico apprehender symptomias contemporaneos ou anteriores, extra-nervosos, ligados a estas causas.

No escorbuto as manifestações polynevriticas podem simular o beriberi, considerando os phenomenos para o lado do coração (augmento das cavidades direitas, hyperphese do tom pulmonar, desdobraimento da primeira e segunda bulhas, galope direito), conforme demonstrou o eminente Professor Austregesilo.

Mas na polynevrite escorbutica "o individuo apresenta-se com o quadro clinico do escorbuto, em regra com purpura, ecchymomas, acné escorbutico, com ou sem inflammção das gengivas. Ha dyspnéa, edema, falta de appetite, acompanhada de côr baça da face e tonalidade levemente bronzçada dos membros na parte exposta ao sol." (*)

Quanto ao diagnostico differencial, diz ainda Austregesilo: "o escorbuto quando é complicado de polynevrite não perde a sua physionomia clinica, com as suas lesões para o lado da pelle, ecchmoses, ecchymomas, purpura, edema, ulite, etc.; no beriberi não ha nada disto."

No paludismo, como na lepra, na syphilis como na diphtheria, no alcoolismo como no saturnismo, a polynevrite se insere como complicação nitidamente secundaria, cujos phenomenos clinicos dobram os preexistentes, affei-

(*)—Austregesilo—Trabalhos Clinicos—1ª. serie.

quando-os particularmente no sentido da lesão nervosa. O beriberi, porém, revela-se desde logo pelas perturbações nevriticas, contemporaneas do começo do mal, a bem dizer quasi prodromicas, por maneira a impôr na physionomia clinica retratada, o reconhecimento da molestia na propria polynevrite. Precoce, rapidamente integrada pelas suas manifestações clinicas habituaes, sensitivo-motoras, a polynevrite no beriberi marca o início da molestia em qualquer das formas, prolonga-se enquanto ella dura, remanescendo ainda em phenomenos residuaes caprichosos e rebeldes. Em uma palavra, a feição clinica que reveste a polynevrite confere ao beriberi logar distincto entre as polynevrites.

Não se creia de somenos importancia ferir este ponto, porque autores de nota (*Hebrard, Pacifico Pereira*) consideram a polynevrite como manifestação secundaria no beriberi, achando mais forte expressão nas syndromes visceraes.

Diz Hebrard: “em geral as perturbações nervosas são precedidas pelas perturbações digestivas e cardio-vasculares” e ainda: “as perturbações nervosas e as lesões de nevrite nos tem parecido mais tardias que os signaes de infiltração hydrica do organismo”. Wright chega a pensar que o “periodo chronico das lesões nervosas não é o beriberi propriamente dito, mas simplesmente uma paralysisa degenerativa residual”.

E Pacifico Pereira, paginas atraz citado, disse: “creio que a nevrite ou polynevrite não é senão uma localização morbida, como se observa em outras molestias infectuosas, e não se poderia chamar o beriberi uma polynevrite, como não se pôde chamar a malaria uma hepatite ou esplenite, porque a infecção se localiza de preferencia no figado ou no baço, ou mesmo uma polynevrite, quando a infecção

palustre determina, como em alguns casos se observam esta lesão dos nervos periphericos”.

A nosso ver, e dissentindo da opinião desses autores, a polynevrite distingue o beriberi pela sua precocidade e pelo aspecto theatral de suas perturbações sensitivo-motoras.

* * *

O beriberi se distingue sobretudo pelas perturbações visceraes do seu complexo quadro clinico. Dependentes das alterações do systema nervoso vegetativo—systema autonomo e systema sympathico, as perturbações visceraes imprimem ao beriberi o character de distincção que justamente lhe aponta a maioria dos pathologistas.

O sabio mestre Professor Miguel Couto, em seu admiravel livro agora publicado—“Lições de Clinica Medica”—diz: “ha um caracteristico clinico do beriberi e este consiste no predomínio do systema vegetativo no quadro geral da polynevrite”.

Alguns observadores já tinham percebido este aspecto curioso do mal, e entre estes o Dr. Cosme Sá Pereira, do Recife, que impressionado pelos phenomenos visceraes alvitrou a idéa de uma forma visceral do beriberi, “sem edema nem paralysisa”.

Pareceu-me util provocar no beriberi as reacções do systema nervoso vegetativo, segundo os estudos allemães, reproduzidos entre nós pelo meu eruditissimo collega Henrique Duque, da Faculdade do Rio, em seu trabalho sobre “*Vagotonus e Sympathicotomus*”.

Com o auxilio do meu distincto companheiro de trabalho Dr. Agrippino Barbosa e do seu interno Arlindo Assis, foram iniciadas as observações nos beribericos actualmente no Hospital de Isolamento, pela pesquisa do reflexo oculo-cardiaco, o qual foi verificado nullo, ás vezes

tirando um pouco para a inversão, o que parece indicar maior excitabilidade do systema sympathico. Além do phenomeno de Aschmer, foi praticada tambem a prova pharmaco-dynamica pela adrenalina, pilocárpina e atropina, successivamente me injeccões hypodermicas. Ainda por essas provas confirmou-se a reacção sympathicotonica.

Das desordens visceraes no beriberi as que elegem o coração são sem duvida as mais importantes. Francisco de Castro e Almeida Magalhães, dous grandes vultos da medicina brasileira, estudaram o assumpto com revelado interesse, imprimindo a seus trabalhos verdadeiro cunho de originalidade. E, si foi o primeiro que chamou a attenção para as perturbações cardiacas, foi certamente o segundo quem ampliou e systematizou o estudo do coração no beriberi, produzindo notavel trabalho que honra á litteratura medica no Brasil. (*)

Disse o Professor Almeida Magalhães: “As desordens communs a todas as modalidades do beriberi, adquirem em algumas dellas tão avultado relevo que, por assim dizer, removem para o segundo plano as outras manifestações morbidas”.

E ainda: “Nellas vae haurir o diagnostico os seus melhores elementos. Quando na plenitude de seus caracteres, é o syndromo cardíaco muitas vezes sufficiente para nortear o juizo do pratico: quando menós bem debuxado ainda presta não pequeno auxilio á discriminação do mal”.

Procurando descrever os disturbios cardiacos de accordo com a forma da molestia, á maneira de Almeida Magalhães, faremos notar que taes phenomenos são ás vezes contemporaneos do inicio, exteriorizando-se por manifestações extrasystolicas (palpitações, sensação de an-

(*)—Almeida Magalhães—O coração no beriberi—Rio de Janeiro, 1901.

gustia precordial, etc.) e ligeira accentuação do segundo tom pulmonar.

Na forma edematosa, os phenomenos se accentuam chegando ao maximo das alterações cardiacas: palpitações mesmo em repouso, acceleração de batimentos cardiacos, augmento de volume a favor das cavidades direitas (*Pecklaring e Winckler, Norman, Miura, Lacerda, Pacifico, Castro, Sodré, Almeida Magalhães*); às vezes hydro-pericardio, batimentos epigastricos, resonancia diastolica pulmonar (*Castro, Scheube, Glogner, Pecklaring e Winckler, Magalhães, Sampaio Vianna*); desdobraimento do segundo tom (*Silva Lima, Scheube, Manson, Norman, Almeida Couto, Lacerda, Nina Rodrigues, Castro, Sodré, Magalhães*); ruido de galope direito (phenomeno de *Almeida Magalhães*, como se poderia chamar em homenagem ao professor brasileiro que primeiro observou); sopros superficiaes em varias zonas do precordio, pulso paradoxal (*Dangerfield*), sopro systolico do fóco tricuspide, grande instabilidade do pulso (*Oscar de Souza*).

Em magnifico trabalho sobre beriberi, apresentado ao Congresso de Budapest, em 1909, o Prof. Oscar de Souza assim systematiza as perturbações cardiacas:

Syndrome cardiaca	}	Palpitações tachycardia
		Grande instabilidade do pulso
		Reforço do 2º tom pulmonar
		Desdobraimento da 2ª bulha
		Ampliação do coração direito
		Ruido de galope direita

Na forma paralytica o coração é mais poupado. "As palpitações e a angustia precordial fallecem na maioria das vezes; o augmento da area cardiaca pôde igualmente não ser observado e a accentuação da bulha pulmonar, quando existente, raramente adquire o coefficiente phonico reve-

lado na outra modalidade". São mais constantes os ruídos de sopro em varios fôcos de escuta, sopros com os caracteres dos sopros organicos e do sopro de insufficiencia funcional por dilatação cardiaca.

Na forma mixta os phenomenos se medem mais ou menos pela mesma craveira da forma edematosa, até porque, quasi sempre, a hydropsia predomina.

Magalhães observou um caso de pulso alternante e mais de uma vez a arhythmia extrasystolica; *Silva Lima* refere uma modificação profunda do rythmo cardiaco, que parece ser a arhythmia completa, *pulsus irregularis perpetuus*, por insufficiencia cardiaca auricular ou mais propriamente por fibrillação auricular. *Francisco de Castro*, *Almeida Magalhães* e *Sampaio Vianna* descreveram a angina do peito beriberica, configurando a syndrome em todos os seus caracteres classicos. *Scheube e Manson*, *Pecklharig* e *Winckler*, tambem a assignalaram.

A atonia do myocardio, o augmento da tensão no districto da pequena circulação e a insufficiencia cardiaca explicam os disturbios do coração, que obedecem a uma alteração inicial do systema vegetativo.

Tão importantes pela sua nitidez e constancia são os phenomenos cardiacos no beriberi, que não ha exaggero em afirmar, merecem elles a confiança que lhes confere a clinica, como sello visceral do beriberi molestia. Bem ao justo frisou *Guillon*, quando disse que o diagnostico do beriberi, como as outras nevrites tropicaes (lepra, paludismo, etc.), é sempre possivel graças ás perturbações cardiacas pathognomonicas.

Merece registado, e com muito prazer o faço, que o capítulo das alterações cardiacas no beriberi foi systematizado, senão creado, pelos autores brasileiros com a collaboraçao de *Silva Lima*, *Torres Homem*, *Alvarenga*, *Pacifico Pereira*, *Almeida Couto*, *Lacerda*, *Francisco de*

Castro, Nina Rodrigues, Alfredo Britto, Miguel Couto, Azevedo Sodré, etc. e, certo, mais profundamente versado por Almeida Magalhães.

As perturbações respiratorias apontadas são a congestão e o edema pulmonar, com os symptomas que os cor-tejam, ás vezes a bronchite, a pleurodynia, a dyspnéa constante por bronchoplegia.

A cinta beriberica, tão bem descripta por Torres Homem, se denuncia como “uma sensação de constrictão, de arroxó, de aperto em forma de cinta ou faixa” e que o doente dá a impressão de “uma corda passada em redor da base do thorax, aperta-lhe os tecidos e o priva de respirar”.

Quanto aos phenomenos digestivos, basta citar Miguel Couto, quando o mestre justifica “o ascendente que na scena clinica disputam desde o principio as desordens das funcções digestivas—anorexia, flatulencia, gastralgia, vomitos, anciedade epigastrica, penumatose gastro intestinal, constipação, etc.

Vi um caso em que as manifestações digestivas dominavam: dôr epigastrica, enteralgia, vomitos copiosos (mucosos e biliares) diarrhéa profusa.

As perturbações urinarias são frequentes: dysuria, polakyuria, polyuria, outras vezes olyguria até a anuria.

E' ainda Miguêl Couto quem nos dá conta das perturbações vesicaes: “os doentes urinam laboriosamente e lentamente—esperam com paciencia o começo do acto, fazem força, e, não obstante, o jacto é projectado sem vigor; outros perdem a consciencia da repleção vesical ou só a percebem vendo; alguns referem uma cystalgia obtusa, outros sensação de peso, de urencia, de plenitude illusoria”.

A evolução clinica do beriberi modifica-se segundo a forma, sendo mais longa e paralytica e mais rapida e ede-

matosa. Mas, muito mais commum é a mixta, de *Silva Lima*, ou hydropico-atrophica, de *Scheube*, na qual a duração da molestia attinge na media de um a seis mezes, conforme a intensidade do mal (*Balz*, *Kinnosuki*, *Miura*), sendo difficil estima ro prazo, pelas recaidas frequentes que dilatam a evolução clinica.

“A multiplicidade de formas clinicas, disse o Professor Aloysio Castro, diversas quanto á symptomatologia, duração e desfecho, é um dos apanagios do beriberi.” (*)

As incertezas na evolução clinica da molestia, o começo subitaneo ou lento, insidioso, a duração de dias ou de mezes, a successão de phenomenos graves dependentes da lesão do systema vegetativo, ás vezes o desapparecimento rapido do edema, da dyspnéa, da dilatação cardiaca; a marcha na desordem, a ordem na aggravação crescente dos phenomenos, as recaidas inopinadas, em summa, todo este desconcerto no modo de evoluir, confere á molestia valioso cabedal de distincção com as outras polynevrites, em regra mais discretas e mais firmes na evolução, consoante a causa que as produziram.

Demais disso, é mister encarecer o valor do edema no agrupamento morbido; edema que para *Hebrard* “é o signal caracteristico do beriberi agudo e intenso”, que augmenta pouco e pouco, a partir dos membros inferiores, ou rapido se generaliza, chegando até ao derrame do peritonio, na pleura, no pericardio, ao edema pulmonar; edema que, de par com as perturbações sensitivas e motoras, constituindo a forma hydroparalytica, tão de commum se manifesta, que faz regra na molestia e empresta ao complexo clinico uma feição que nenhuma outra polynevrite reveste; edema e nevrite, ou polynevrite edematosa de physionomia

(*)—Aloysio de Castro—Tratado de Semiotica Nervosa.

inconfundível, capaz de formar ao lado das determinações visceraes e caracterizar o beriberi.

Impressionado por esta verdade clinica, disse *Nina Rodrigues*: “Um symptoma ha que até hoje se pode considerar peculiar á polynevrite beriberica—é o edema generalizado”.

Não menos expressivo foi *Hebrard*: “os symptomas de hydropisia e de polynevrite existem as mais das vezes concurrentemente e dão á molestia sua physionomia especial e completa”. (*)

Falando do prognostico, diz *Silva Lima*: “é uma molestia seria, quando esporadica, gravissima, quando reina epidemicamente”. E de facto, as epidemias bahianas no Asylo S. João de Deus e na Penitenciaria do Estado, provam-n'o pelo elevado indice da mortalidade.

Das formas é a paralytica que se apresenta menos grave, quanto ao prognostico *quod ad vitam*; nesta, como nas outras modalidades da molestia, as recaidas aggravam o prognostico.

Monson aconselha toda reserva quanto ao desfecho do beriberi; casos aparentemente leves podem aggravar-se subitamente e terminar-se pela morte, opinando *Dangerfield* que “casos desesperadores curam como por encanto”.

Ora, nas demais polynevrites obedece o prognostico ás injunções da molestia causal, e, não raro, a impregnação nervosa secundaria affirma a resistencia do organismo, offerecendo margem a um prognostico favoravel. Assim, nas polynevrites palustres, escorbúticas, diphthericas, puerperaes, etc. Donde se conclue que o prognostico do beriberi, nas suas delicadezas contingentes, na gravidade que exprime, nas reservas que impõe, contribue, por seu turno,

(*)—In traité de Pathologie exotique de Gral et Clarac.

para a edificação da entidade nosologica, fornecendo argumentos que depõem no mesmo sentido doutrinário ao lado daquelles tirados do estudo das perturbações visceraes e da evolução clinica.

A clinica concorde nos factos que relaciona e servida pelos dados da observação em zonas differentes de distribuição geographica, assegura ao beriberi as prerogativas de "conjuncto de phenomenos que evoluem sob a influencia da mesma causa."

Vejamos como depõe a epidemiologia.

Em 1863, Silva Lima, impressionado pela frequencia de casos clinicos de uma especie morbida ainda não conhecida no meio, suspeitou da existencia de nova molestia, pondo ao serviço de cuidadosa observação seu grande cabedal de experiencia e illustração.

A linguagem sincera e incisiva de que usa ao iniciar o seu trabalho, em 66, não admittre reservas quanto ao valor da observação. Escreveu o sabio clinico: "Ha alguns annos que se tem observado nesta cidade uma molestia singular, e extremamente grave, que dantes não estavamos acostumados a encontrar no quadro nosologico habitual, ou, o que é mais provavel, que passava despercebida dos praticos, confundida com outras affecções de causa conhecida e de occurrencia ordinaria".

Foi, pois, a repetição dos casos que despertou a attenção dos clinicos, ficando o factor epidemiologico como a parte mais apparente do estudo do beriberi.

Disse Nina Rodrigues que "o caracter epidemico ou endemo-epidemico da molestia tem uma significação incontestavel, já sobejamente posta em contribuição em nosso paiz como criterio diagnostico".

Epidemias de pequeno raio, são as habitações colle-

ctivas, como asylos, prisões, collegios, casernas, navios, etc., os meios atacados de preferencia.

Na Bahia é o Asylo S. João de Deus que mais tem soffrido, explodindo o beriberi em paroxismos epidemicos iterativos de ha muito ali registados. Escreveu Nina Rodrigues (*) que a 1.º de Janeiro de 1904 existiam no Asylo 136 alienados, sendo que a 14 de Dezembro do mesmo anno restavam apenas 66, dos quaes em grande maioria atacados de beriberi!

Em 1902 houve 34 obitos de beriberi; em 1903, 32 obitos; em 1904, 58 obitos, em 111 casos, quando foi tomada a providencia de remover os loucos para a ponta de Monte Serrat, onde passaram a ter tratamento conveniente 53 beribericos transportados.

Em epocha mais recente contam-se incursões epidemicas no Asylo em 1914, com cerca de 30 casos e 16 obitos, em 1915, 15 casos com 4 obitos, e no corrente anno, até 30 de Junho, 18 casos com 8 obitos.

No quartel da Palma, em 1878 e 1880, houve epidemia da molestia, exigindo a providencia de remover o batalhão ali aquartelado.

Na Penitenciaria do Estado as incursões epidemicas têm sido frequentes; assim nos annos de 1897, 1900, 1901, 1902, 1903 e 1908, quando attingiu a 112 casos com 62 obitos (v. quadro annexo organizado de 1890 a 1916, por notas que nos forneceu o prestimoso director da Penitenciaria, Dr. Castro Lima).

Do Hospital de Marinha, hoje extincto, somente conseguimos uma estatistica do Dr. Domingos Pedro dos Santos, de 1880 a 7 de Outubro de 1881, com a somma de 432 casos, quasi todos desembarcados dos navios de guerra.

(*)—Revista dos cursos da Faculdade de Medicina—Anno 3.º, tomo 3.º.

No Hospital dos Portuguezes sabemos apenas que de 1913 para cá houve dous casos numa media de 60 doentes.

O Hospital Santa Izabel, o principal estabelecimento nosocomial da Bahia, mereceu da nossa parte attenção mais demorada, consultando o seu registo nosographico desde 1866, quando foi a molestia notificada na Bahia, até Junho de 1916. Na estatistica de 50 annos verificamos uma média annual de 18,48, num total de 924 casos, segundo o quadro annexo organizado com o auxilio do meu interno Armando Tavares.

A' vista de taes dados, tirados dos hospitaes e prisões, não se pode contestar a existencia do beriberi epidemico na Bahia, depondo a epidemiologia, ao lado da clinica, em favor da entidade nosologica, contestada, a nosso ver sem razão, vezes varias por varios observadores.

NOTAS

A)—O primeiro caso de beriberi diagnosticado no Hospital Santa Izabel occorreu a 10 de Junho de 1866. Foi em doente do sexo feminino, R. C. C., 28 annos, parda, solteira, natural da Bahia, costureira, districto da Conceição da Praia. Forma paralytica. Falleceu em 10 de Junho de 1867. N. 81 do livro de entradas do Hospital.

B)—O primeiro caso na enfermaria de homens occorreu a 12 de Outubro de 1866, em J. P. B., 32 annos, branco, solteiro, portuguez, maritimo. Forma edematosa. Sahiu curado a 26 de Novembro de 1866.

C)—O beriberi tem diminuido na Bahia nestes ultimos cinco annos, a não ser no Asylo S. João de Deus, onde houve paroxismos epidemicos em 1914, 1915 e 1916.

(até Junho) ; nos outros estabelecimentos nosocomiaes e prisões tem diminuido a cifra. Tambem na cidade: prova-o a estatistica demographo-sanitaria relativa ao beriberi, onde se vê que de 1909 a 1915, só e m1914 foi a cifra um pouco mais elevada (68 obitos). Igualmente os casos clinicos têm sido menos graves, facto este em que concorda a observação de alguns clinicos da cidade. Das formas, a mais frequente tem sido a forma mixta.

D)—No Hospital Santa Izabel, em 1916, até 30 de Junho nenhum caso de beriberi foi registado.

A

BERIBERI E VERMINOSE

Serviço clinico do prof. Fraga (Hospital Santa Izabel)

ANNO	Verminose	Ankylostomo- se pura	Beriberi
1910	70	6	0
1911	104	8	0
1912	75	5	1
1913	56	7	2
1914	56	1	1
1915	64	4	1
1916 até Julho	55	2	0

B

O Beriberi na Penitenciaria do Estado

ANNO	DOENTES	FALLECIDOS
1890	5	3
1891	1	1
1892	4	1
1893	1	1
1894	0	0
1895	2	2
1896	14	1
1897	11	2
1898	3	1
1899	8	2
1900	11	2
1901	21	8
1902	38	5
1903	48	15
1904	2	1
1905	0	0
1906	3	3
1907	1	1
1908	112	62
1909	2	0
1910	0	0
1911	0	0
1912	0	0
1913	3	1
1914	3	3
1915	4	4
1916	0	0

C

Estatística dos casos de Beri-berí no Hospital S. Isabel (Bahia) 1866-1915

ANNOS	Numero de casos	ANNOS	Numero de casos	ANNOS	Numero de casos	ANNOS	Numero de casos
1866	10	1879	27	1892	12	1905	23
1867	10	1880	22	1893	11	1906	21
1868	10	1881	23	1894	15	1907	20
1869	3	1882	35	1895	9	1908	25
1870	7	1883	27	1896	11	1909	12
1871	9	1884	20	1897	32	1910	42
1872	12	1885	22	1898	21	1911	19
1873	8	1886	34	1899	21	1912	16
1874	8	1887	12	1900	38	1913	13
1875	3	1888	11	1901	30	1914	12
1876	15	1889	25	1902	34	1915	13
1877	25	1890	11	1903	30	TOTAL:	924
1878	18	1891	8	1904	39	Media annual:	18,48

D

ANOS	População calculada	MORTALIDADE GERAL		MORTALIDADE POR BERIBERI			
		TOTAL DE OBITOS	Coefficiente por 1000 habitantes	Obitos por beriberi	Relação para a total de obitos	Coefficiente por 1000 habitantes	Coefficiente por 10000 habitantes
1897	200.000	6.778	33.89	135	1.99	0.67	6.75
1898	"	4.889	21.94	68	1.54	0.34	3.40
1899	230.000	5.325	23.15	165	3.89	0.71	7.17
1900	"	4.032	17.53	81	2.00	0.35	3.52
1901	"	4.048	17.60	101	2.49	0.43	4.39
1902	"	4.740	20.60	151	3.18	0.65	6.56
1903	265.000	4.384	16.54	139	3.17	0.52	5.24
1904	"	4.699	17.73	173	3.68	0.65	6.52
1905	"	3.852	14.53	41	1.06	0.15	1.54
1906	"	4.817	18.17	100	2.07	0.37	3.77
1907	"	4.905	18.50	66	1.34	0.24	2.49
1908	"	5.754	21.71	115	1.99	0.43	4.33
1909	286.000	5.830	20.38	47	0.80	0.16	1.64
1910	"	6.151	21.50	39	0.63	0.13	1.36
1911	292.000	5.259	18.01	43	0.81	0.14	1.47
1912	300.000	5.202	17.34	38	0.73	0.12	1.26
1913	310.000	5.675	18.30	34	0.59	0.10	1.09
1914	"	6.101	19.68	68	1.11	0.21	2.19
1915	314.000	5.102	16.24	27	0.52	0.08	0.85
1916							

A SCHISTOSOMOSE NA BAHIA

PELO

Dr. Pirajá da Silva

(Estado actual da questão)

Schistosomoses são doenças produzidas por parasitos trematodeos, dioicos, pertencentes ao genero *Schistosomum*, creado por Weinland em 1858.

O genero *Schistosomum* tambem foi denominado *Bilharzia*, *Gynæcophorus*, *Thecosoma*, etc.

Em seu artigo — “*Die Bilharziakrankheit*” —, diz Looss que a palavra *Schistosomum* traduz o facto de possuirem esses parasitos o sexo em individuos separados, particularidade que os distingue, como trematodeo degenetico, dos demais parasitos do mesmo grupo.

Entretanto, o vocabulo schistosoma provém de duas palavras gregas: *schiston*—fendido, e *soma*—corpo.

Effectivamente, o *Schistosomum* ♂ apresenta ao longo e na parte mediana do corpo, uma escavação—o *canalis gynæcophorus*—, onde se aloja o *Schistosomum* ♀, por occasião da copula; assim, pois, o vocabulo *schiston* significa fenda e não diecia, como affirma Looss.

Até então só se conheciam duas schistosomoses: a egypcia ou africana e a japonesa.

Em geral se admittem hoje três especies, sendo a terceira—a *schistosomose americana*, da qual vamos traçar ligeiro esboço.

A schistosomose americana é, como a define o

Prof. LE DANTEC, uma doença caracterizada, do ponto de vista clinico, por uma diarrhéa chronica e, do ponto de vista parasitologico, pela presença nos vasos portas de um distomida — o *Schistosomum americanum*, cujos ovos são providos de espiculo lateral.

A isso acrescentaremos que, do ponto de vista clinico, além da diarrhéa chronica, devemos admitir: a cirrhose, que se pode manifestar isolada ou de parceria com as lesões do recto, tumores rectaes, ulcerações, lesões pulmonares, manifestações febris, segundo as observações de ARCHIBALD no Sudão, anemia pertinaz, hemorragias, e as formas clinicas ligadas á migração anomala dos schistosomos.

Para se fazer uma idéa exacta da extensão e da multiplicitade das alterações morbidas produzidas pelos parasitos, seus ovos e quiçá tambem pelas suas toxinas, bastará lançar as vistas para as preparações de histologia pathologica e nos recordarmos do quadro clinico apresentado pelo paciente de schistosomose.

Vem de molde aqui apresentarmos o excellente esquema das formas clinicas já observadas, e outras prova-veis, organizado pelo Prof. PRADO VALLADARES e seguido em seu curso theorico de pathologia tropical, quando em 1915 se occupou da *Schistosomose americana*—doença por elle denominada—MANSON—PIRAJÁ DA SILVA.

Não lhe desaprovamos a primeira qualificação; quanto á segunda, não lhe vemos razão na proposta.

Algumas das modalidades clinicas por elle adoptadas já estão confirmadas pela observação, outras o serão mais tarde, tendo entretanto os seus fundamentos em estudos histopathologicos já feitos.

Esquema das formas clinicas da esquistosomose americana ou doença Manson-Pirojô da Silva

Formas clinicas ligadas à migração normal dos esquistosomas

19 Determinações pulmonares (toxinas ou ovos carregados ao pulmão pelas anastomoses rectais portocavas).....

Bronco-alveolite catarral (?)
Hemoptises (?)
Pneumonia chronica esclerogenica (?)

20 Determinações hepaticas (toxinas e ovos recorrentes ao figado pela circulação porta-centripeta).....

Sindrome hiper-hepatica (?)
Sindrome hypo-hepatica (?)
Sindrome de hipertensão portal (?)

30 Determinações rectais.....

Forma pseudo-ambiana
Forma pseudo-hemorrhoidaria
Forma pseudo-cancerosa (estenose pseudo-cancerosa do recto).

Formas clinicas ligadas à migração anormal dos esquistosomas.....

Determinações mes-entericas (?)
Determinações esplenicas (?)
Determinações gastricas, lept-entericas etc. (?)

NOTA—As formas clinicas assignaladas com uma interrogação (?) ainda não foram observadas na pratica.

BILHARZ, professor da Escola Medica do Cairo, foi quem pela primeira vez, em 1851, descobriu os ovos de espiculo lateral.

Considerando-os, a principio, como capsulas formadas pela larva — *miracidium* —, depois da sua saída do ovo de espiculo polar, confundiu, deste modo, o *Schistosomum Mansoni* como o *Schistosomum hematobium*.

Em seguida a este descobrimento, emittiu SONSINO a hypothese de pertencer a uma nova especie de bilharzia, o ovo de espiculo lateral; mas, logo depois, abandonou este

modo de encarar a questão, adoptando a possibilidade de pertencerem os ditos ovos a um mesmo parasito.

As duas especies de ovos eram embryões masculinos e femininos, que se transformariam depois em bilharzias adultas de sexos correspondentes.

Looss acredita ser um só o parasito e affirma que os ovos de espiculo lateral são postos pelas femeas do *S. hematobium* não fecundadas.

Eis a magna questão da unicidade do parasito, a qual, apesar de ter á sua frente o notavel professor, foi sendo levada de vencida pelos dualistas, eñcudados nos recentes progressos da parasitologia.

E' o mesmo Looss, o paladino da mui debatida theoria unicista do parasito das schistosomoses de MANSON e egypcia, quem, num magistral capitulo do *Treatado das doencas tropicaes*, publicado pelo PROF. MENSE, dedica á *Bilharziose americana* um logar á parte como entidade morbida, parecendo ter-se elle rendido á evidencia dos factos observados e demonstrados por diversos observadores que se occuparam do assumpto.

Custa a crer que o Prof. Looss, baseando-se em caracter de menor monta que o da constancia do espiculo lateral nos ovos do *Schistosomum Mansoni*, creasse especies novas de parasitos outros.

Não é logico nem razoavel que, a par da constante lateralidade dos espiculos ovulares, dos caracteres morphologicos e biologicos differentes dos das demais especies, se recuse a admittir uma nova especie de *Schistosomum*, preferindo architectar hypotheses jamais sancionadas pela observação e pela pratica.

Para explicar a formação dos ovos de espiculo lateral, diz Looss que são elles produzidos pelas femeas do *Schistosomum hematobium*, cujos ovos não foram ainda fecundados.

Em apoio deste seu modo de pensar, escreve LOOSS: “Depois das mais recentes e sem duvida mais exactas observações de GOLDSCHMIDT, os vitellogenios dos trematodeos não são exclusivamente vitellogenios.

As granulações existentes em suas cellulas, até então consideradas como substancia vitellina, caem no ootipo, e, em condições normaes, concorrem para formar a casca do ovo, ao passo que, em outras condições inteiramente anormaes, além da funcção já mencionada, ellas se reúnem, ora em gotazinhas solidas, de tamanho variado, ora envolvem grupos de cellulãs vitellinas, com ou sem as cellulas germinativas.

E’ por isso que apparecem ovos anormaes, variando de forma, tamanho e capacidade.

Taes ovos são formados por muitos trematodeos em começo da funcção sexual.”

Será admissivel que no *Brazil*, nas *Antilhas*, em *Surinam* e logares outros onde até hoje só se têm encontrado ovos de espiculo lateral, sejam todos elles ovos não fecundados?

Como explicar a existencia de *miracidios* perfeitos, normaes, provindo sempre e exclusivamente de ovos não fecundados?

Será que a reproducção do parasito só se dê por parthenogenese?

Como explicar a hypothese, a principio imaginada por Looss, como sendo a unica admissivel para resolver a questão, isto é, a do achado de ovos no utero do parasito em copula numa das veias do recto, facto que tivemos occasião de observar?

A verificação a que nos referimos está apresentada na gravura numero 11 da nossa monographia “*La Schistosomose à Bahia*”—1908.

Em Surinam a mesma cousa foi posteriormente

(1911) observada por FLU em cerca de 60 *Schistosoma MANSONI* ♀♀.

Demais disto, como explicar a propagação da doença em países onde só se têm encontrado ovos de espiculo lateral, justamente os que LOOSS considera como não fecundados?

Feitas estas considerações, passemos a criticar a theoria de SONINO e outros que dizem serem os ovos lateralmente espiculados e encontrados nas fezes dos doentes de hematuria do Egypto, a resultante da distensão soffrida pela casca do ovo, por occasião de sua passagem através da tunica musciosa do recto.

Entretanto, os que assim pensam se esquecem de que a postura se faz na submucosa, e que, mesmo no utero do parasito, o ovo se apresenta com espiculo lateral.

As microphotographias da nossa já citada monographia de ns. 9 e 11 demonstram o quanto de inverdade se encerra na affirmativa dos que acceitam a supra mencionada theoria.

Querem alguns, como FRITSCH, etc., explicar a differença dos ovos pelo modo de implantação da vagina no polo anterior da glandula cochlear e outros, pela implantação lateral.

A essa differença no modo de inserção da vagina attribuiam a diversidade de forma do ovo, desenvolvendo-se o ovo de espiculo lateral, quando a vagina se inseria do lado, e o de espiculo polar, quando a vagina se achava collocada na direcção do eixo da glandula cochlear.

A se julgar por esse criterio não sabemos como explicar os casos em que certos autores encontram as duas especies de ovos no mesmo parasito.

Sendo constantes esses caracteres differenciaes, a ponto de produzirem os parasitos ovos de formatos differentes, porque não admittir duas especies distinctas, quando

se sabe que além deste motivo, ainda outros militam em favor da theoria dualista?

Foi MANSON que em 1903 emittiu a hypothese de pertencerem os ovos de espiculo lateral a uma outra especie de *schistosomum*.

Em 1907, propôs SAMBON se chamasse *S. Mansoni*, a nova especie, em homenagem ao PROF. MANSON, apesar de para isso não se ter baseado em estudos positivos de material zoologico referente ao parasito em questão.

Esta systematização feita por SAMBON foi baseada especialmente nos ovos de formato inteiramente differente, e, tão sómente nos ovos, porque as preparações dos parasitos, por elle utilizadas, estavam em condições taes de imprestabilidade que não serviam para estudos, a julgar pelo que affirma o proprio PROF. SIR PATRICK MANSON, em seu excellente livro—"Manual of the diseases of warm climates"—Third Edition, revised throughout and enlarged—1914, pag. 741: "The available material being very badly preserved; Sambon was unable to furnish the exact dimensions and the anatomical details of the new species, which closely resembles *S. hematobium* in general appearance and structure. His determination is based chiefly on the egg characters."

Revedo-se o trabalho de HOLCOMB publicado em Julho de 1907 no "*United States Naval Medical Bulletin*", percebe-se a deficiencia da descripção do parasito, pela escassez e mau estado de conservação em que se achava o material zoologico, dispondo o autor, para os seus estudos, apenas de um fragmento do parasito ♀.

Senão vejamos o que se acha exarado á pagina 68 do seu artigo, quando descreve o *S. Mansoni*.

S. Mansoni ♂: "Most of the specimens were in poor condition, owing to the effect of the perserving fluid and

the measurements of four of the parasites given here can only be relative”.

De referencia ao *S. Mansoni* ♀, diz ainda o mesmo auctor: “I have seen only a fragment of a female”.

Pelo exposto se poderá julgar do valor que merece a descripção feita por HOLCOMB; quanto a SAMBON, vimos que não na fez, devido ao pessimo estado em que se achava o material zoologico de que dispunha para seus estudos.

A datar dos nossos estudos, é que se conhece com precisão o parasito productor da *Schistosomose americana*.

Quando estudámos o parasito, em 1908, demos a descripção e as minuciosas mensurações praticadas em material copioso e em bom estado de conservação.

Historico da schistosomose no Brazil

Em 1908, publicámos, em o numero de 1º. de Agosto do BRAZIL MEDICO, uma communicacão com o seguinte titulo: “Contribuição para o estudo da *Schistosomose na Bahia*”, tendo sido o primeiro a lançar as bases para o estudo desta doença no Brazil.

Não foi sobre dados theoreticos, senão firmado em diversas observações acuradas, que chamamos a attenção do corpo medico brasileiro para o estudo deste novo problema da pathologia indigena.

Publicámos a descripção dos parasitos, ovo e miracidio, e delles apresentámos photomicrographias e desenho copiado do natural, documentos até então inexistentes na literatura medica do assumpto.

Honra-nos sobremodo a transcripção por completo, em notaveis obras de pathologia tropical, como as de CHALMERS e LE DANTEC, da nossa descripção feita do *Schistosomum Mansoni* ♂ e ♀, do ovo e do miracidio.

Continuámos a publicar novos estudos nos numeros 1 e 8 de Dezembro de 1908, do *Brazil Medico*, e em jornaes medicos inglezes e francezes, firmando uma vez por todas a prioridade de taes estudos no Brazil, em cuja litteratura medica sobre o assumpto nada existe anteriormente ás nossas publicações.

A pedido do CONS. GRIESINGER, dedicou-se o DR. WUCHERER, com a competencia que nelle reconhecemos, ao estudos das urinas hematuricas na Bahia, porém, depois de cuidadosos exames feitos em grande numero de doentes, *jámais encontrou ovos de Schistosomum hematobium* na urina, vindo a descobrir, em 4 de Agosto de 1866, as microfilarias, por occasião desses estudos.

De referencia a esse facto, diz o illustrado tropicalista DR. SILVA LIMA, ao escrever os traços biographicos do DR. OTTO WUCHERER: "Elle procurava outra coisa desde algum tempo, a convite do CONS. GRIESINGER, que lhe recommendou examinasse se as urinas hematuricas na Bahia conteriam ovos de *Bilharzia hematobia*, como a dos hematuricos do Egypto, onde elle os tinha visto, quando esteve no Cairo".

Diz o DR. WUCHERER: "Accedendo a este convite, examinei cuidadosamente a urina de consideravel numero de hematuricos aqui na Bahia, sem nunca encontrar ovos.

Eu não creio que elles existissem e passassem despercebidos por mim, nestes casos; pelo contrario, estou convencido de que se a hematuria do Egypto, do Cabo da Boa Esperança e da Ilha de França é o effeito do *Distomum hematobium*, a hematuria do Brazil é uma molestia que tem etiologia diversa."

Accrescenta elle que esses ovos são de dimensões e de configuração tão especial que não julga possivel que tivessem escapado á sua vista. (*Gazeta Medica da Bahia*, 15 de Novembro de 1868).

Em seu trabalho "*Hematuria endemica dos países quentes*", "These de concurso para a secção de sciencias medicas—Bahia—1872", diz o Cons. ALMEIDA COUTO: "Eram ainda as descobertas de BILHARZ, de GRIESINGER, de JOHN HARLY, que, proseguindo em sua normal evolução, provocavam o movimento scientifico que se estendeu até as nossas regiões, reflectiam no espirito de um observador minucioso e infatigavel, a quem a litteratura medica já devia serviços e reconhecimentos.

O DR. GRIESINGER, influenciado, portanto, pelas descobertas que do Egypto haviam passado á cidade do Cabo, Colonia, Carolina do Sul e Natal, e que de BILHARZ haviam reverberado com os adornos das novas conquistas em J. HARLEY, convidava, em 1866, ao DR. WURCHERER, a procurar na urina dos hematuricos deste país os ovos do *distomum homatobium* ou *bilharzia hematobia*.

Apesar das investigações feitas pelo illustrado micrographo, jamais pôde elle encontrar os ovos que tão empenhadamente procurava na parte liquida da urina dos diversos doentes atacados de hematuria."

Assim, pois, firmado no que observou o DR. WURCHERER e tambem nas nossas observações, affirmamos que até hoje ainda nos não foi dado ver ovos de *Schistosomum hematobium* nas urinas de doentes aqui na Bahia.

A hematuria endemica, ou antes a hematuria bilharzica não existe na Bahia, havendo, porém, a de natureza filariotica.

Temos centrifugado as urinas dos doentes de *schistosomose mansoniana*, convindo notar que tambem em taes casos não temos, até a presente data, encontrado ovos de *Schistosomum Mansoni*.

Em cortes histologicos feitos na bexiga de um individuo que falleceu de ancylostomose e de schistosomose, e em *frottis* feitos com o producto da raspagem da mucosa

vesical não encontrámos ovos de especie alguma; ao passo que nos que fizemos com o producto da raspagem da mucosa rectal ou em cortes histologicos do mesmo recto, grande era a quantidade de ovos de *Schistosomum Mansoni*.

Ainda mais: não satisfeito com essés processos de pesquisa empregámos o que aconselha LOOSS, que consiste em deixar as peças pathologicas em maceração na potassa caustica e examinar depois o residuo.

O reagente não dissolve a casca dos ovos do *schistosomum* e, assim sendo, quando elles existem, são facilmente encontrados.

A despeito deste processo, realmente muito pratico, não encontrámos um só ovo no producto da mareção da bexiga em solução de potassa caustica.

Tivemos o cuidado de centrifugar o liquido, não conseguindo, ainda assim, descobrir ovos no deposito.

O mesmo processo applicado a fragmentos de tecidos do recto revelou sempre no macerado a presença de muitos ovos de especulo lateral.

Na mesma occasião fizemos cortes no figado e na vesicula biliar, onde não encontrámos ovos.

Estudos posteriores vieram, entretanto, provar a sua existencia, não só nessas, como tambem em outras visceras.

O figado estava esclerosado.

Examinando a parede interna do recto; notámos um pontilhado hemorrhagico, attingindo em grande extensão a mucosa rectal.

Numa serie de córtes histologicos do recto, encontrámos grande numero de ovos na mucosa, sendo que, em certos pontos, era consideravel a sua agglomeração.

Até 1908, praticámos três necropsias, encontrando um

schistosomum na veia porta de cada um dos cadáveres primeiramente autopsiados, e 24 na do terceiro.

Todos os parasitos foram encontrados na veia porta e em suas primeiras ramificações. Os 24 parasitos encontrados no ultimo cadáver autopsiado, eram assim discriminados: 19 ♂ isolados, 1 ♀ isolada e 2 ♂ em copula, conduzindo as femeas alojadas no *canal gynæcophorus*. Observa Looss que muitas vezes a veia porta só contém parasitos machos. "It is a curious fact, of which we schall have to spek again later, that the portal vein very often contain only males; the worms within recent years found at the *post-mortem* in the Kasr-el-Aini Hospital, and kindly left to me by Dr. Ferguson, were almost exclusively males; in one of the last cases, e. g., there were 64 males but not a single females."

A 10 de Maio de 1910 praticámos a quarta pesquisa no cadáver de um paciente da clinica medica. Os repetidos exames coprológicos haviam revelado a existencia de ovos de *Schistosomum Mansoni*.

Julgamos de utilidade publicar as seguintes notas, por nos trazerem o conhecimento de factos, talvez novos, relativos á biologia dos parasitos; assim é que os observámos vivos, por espaço de alguns minutos, tendo tido, porém, o cuidado de conservá-los num meio composto de sangue e bile.

Retirado o figado, depois de ligados os vasos, abrimos a veia porta e nella encontrámos três *Schistosoma Mansoni* ♀ e três ♂.

Pela expressão do figado conseguimos retirar mais outros parasitos, dos quaes dois ainda se achavam vivos e em movimentação activa, o que foi de grande interesse, porque pudemos fazer um juizo exacto do seu modo de locomoção. Os schistosomas vivos eram: um ♂ e outro

♀; fixavam-se, pela ventosa ventral, á superficie do vaso em que se achavam—uma capsula de *Petri*.

Envoltos por algumas gôtas de sangue da veia porta e pequena quantidade de bile, pudemos apreciá-los, por alguns minutos, através da delgada camada desse meio liquido, que os envolvia. Os parasitos contrahiam a parte do corpo, posterior á ventosa ventral, praticando um verdadeiro movimento de reptação, descrevendo por vezes pequenas sinuosidades; outras vezes, com a extremidade posterior descreviam um semicirculo que, depois distendido, fazia impellir o parasito para deante.

Graças ao facto de ter sido a necropsia praticada poucas horas após o fallecimento do paciente, e tambem ao meio em que foram observados os parasitos, pudemos surpreender taes particularidades biologicas.

Retirados do meio supra-mencionado e collocados sobre laminas, para serem observados ao microscopio, com fraco augmento, os parasitos não resistiram.

Pathogenia

Infecção humana—Devido ao facto de se encontrar na economia humana grande quantidade de ovos, houve quem acreditasse na possibilidade da evolução directa do *schistosomum* no seu hospedeiro humano, sem precisar do mollusco intermediario, como sóe se dar com os parasitos trematodeos.

Além de ser contrario ao que até hoje se tem observado de referencia á biologia de taes seres, não se poderiam explicar os casos de cura espontanea em pacientes afastados do foco infeccioso, e seriam sempre progressivamente graves os casos, ainda mesmo os mais benignos em começo, pela multiplicação do parasito, o que fatalmente se daria com o tempo.

Não se tem observado a ecclosão do miracídio na lymphá, no sangue, etc.; e, quando por acaso tal acontece, o miracídio não resiste, por lhe não serem propícios taes meios organicos.

Quando se comparam, diz Looss, os movimentos tardos, lentos, do miracídio no sangue, na lymphá e na urina não diluída, com o revoltear vivo que elle apresenta n'agua, não se duvidará que só por meio della se dê a infecção humana.

Os sarcodios e globulos são apenas a degenerescencia do miracídio.

Ha dois caminhos pelos quaes se póde dar a infecção: bôca e pelle.

BÔCA—O miracídio livre, ao atravessar o estomago não resistiria á acidez do succo gastrico, visto como se tem verificado a sua morte no fim de um minuto num soluto chlorhydrico a 1|1000, e em três minutos num soluto chlorhydrico a 1|2000.

Dest'arte, parece pouco provavel poder o miracídio atravessar incolume a cavidade estomacal para attingir o intestino e o figado.

Em certas localidades, onde reina a doença, tem-se observado que, apesar de usarem da mesma agua de beber, nem todos os individuos são igualmente atacados do mesmo mal.

A agua de beber não parece ser o vehiculo transmissor da schistosomose.

PELLE—Segundo a outra theoria, a infecção pela agua não mais se exerce de modo passivo, sendo a agua simples vehiculo de miracídios ou cercarios; os miracídios penetram pelo anus ou pela pelle, perfurando-a a igual modo do que se passa com as larvas do *ancylostomum* e do *nectator*. O proprio Looss, depois de innumerás e infructíferas pesquisas, para encontrar o verdadeiro hospedeiro

intermediario do *schistosomum*, acredita que o miracidio, existente na agua ou no solo humido, pôde penetrar na pelle, indo ter ao figado, onde se transformam em esporocystos, e estes em parasitos adultos.

Assim explicava a infecção pelo miracidio sem que este tivesse necessidade de um hospedeiro intermediario, para nelle se desenvolver até o estado de cercario.

Observações feitas por diversos pesquisadores na Africa do Sul e precedidas de minuciosas anamneses dos individuos procedentes de localidades indemnes, vieram provar que taes pacientes foram accommettidos pela *schistosomose* depois de se terem banhado em aguas suspeitas.

Muitos casos desta natureza foram registados em soldados inglêses que fizeram a campanha do Transvaal.

Tem-se observado a ausencia da doença em mulheres e meninas que jamais fizeram uso de banhos frios ou só raramente o fizeram.

Entretanto, habitando ellas a mesma localidade em que reinava a doença, pareceria que deviam estar sujeitas ás mesmas causas productoras do morbo.

ALLEN, firmado em velha crença popular, acredita que o parasito da *schistosomose* penetra pelo orificio urethral e pelo anus, indo depois ter ao intestino e á bexiga.

HARLEY acredita que a infecção se pode dar por toda a pelle.

Os habitantes da região onde grassa a hematuria costumam, por occasião dos banhos, envolver a glande com uma especie de capuz, afim de evitar a infecção pela urethra.

MANSON e SAMBON, contrarios á theoria de Looss, admittem a existencia de um hospedeiro intermediario por meio do qual se dá a infecção.

Os estudos de LORRER foram infructiferos no sentido da determinação do hospedeiro intermediario.

HARLEY e SONSINO acham possível a auto-infecção, dizendo que alguns miracidios saídos dos ovos são capazes de no proprio organismo se transformar em parasitos adultos, dispensando a evolução no meio exterior, no corpo de um mollusco. Já tivemos occasião de refutar este modo de pensar, quando nos referimos ao Prof. LOOSS, e temos apenas de acrescentar que seria difficil explicar a ausencia da infecção reciproca entre esposos.

Sempre acreditámos que a infecção do organismo humano pelo *Shistosomum Mansoni* se dêsse pelo cercario existente n'agua e liberto do corpo do mollusco, hospedeiro intermediario.

Acreditámos ser a especie *Planorbis bahiensis*, um destes hospedeiros entre nós.

Mais adiante falaremos neste assumpto de que nos temos preocupado ha tempos e sobre o qual publicámos um estudo nos "Archives de Parasitologie", tome XV, p. 398, 1912. "*Cercaire brésilienne (Cercaria Blanchardi) à queue bifurquée*".

E' no estado de cercario, existente nas aguas, que o *Schistosomum Mansoni* invade o organismo humano pela pelle, indo depois se alojar na veia porta e suas ramificações, onde completa a sua evolução.

E' por meio dos banhos, em summa, pelo contacto da pelle com as aguas polluidas pelos cercarios libertos do mollusco intermediario, que se dá a infecção.

Devemos citar três observações nossas em pessoas de trato, que jamais deixaram de usar calçados, mas que, entretanto, contrahiram a schistosomose. Nesses casos só se podia incriminar o uso dos banhos frios em lagôas e tanques suspeitos ou á penetração pela mucosa buccal de cercarios existentes nas aguas potaveis suspeitas.

Dois destes doentes contrahiram a doença em

S. AMARO, e o terceiro em uma fazenda, retirada de AMARGOSA, cerca de uma legua. Eram casos puros de Schistosomose de MANSON, aliás difficeis de observar, porque geralmente ha sempre outras parasitoses de concomitancia com a schistosomose de MANSON. Ultimamente observámos mais um caso puro de schistosomose de MANSON num menino de 12 annos, branco, morador em SANTA IGNÊS, localidade situada acima de Areia.

Não pudemos apurar o modo pelo qual se deu a infecção.

De referencia ainda á propagação das schistosomoses humanas, podemos, com satisfação, dizer, firmado nas experiencia dos medicos japoneses e nas pesquisas da *Wandswoorth Scholar*, quanto á doença de Katayama, schistosomose japonesa, assim como nos recentes trabalhos da "*The Bilharzia Mission in Egypt*"—1915, chefiada por Leiper, relativos ás schistosomoses africana e de Manson, estar resolvido o importante problema.

Em 1911, MATSURA e YAMAMOTO demonstraram que os animaes experimentalmente infectados pelo *Schistosomum japonicum*, depois de terem permanecido n'agua dos arrozaes inficionados, apresentavam logo larvas ciliadas na pelle.

Em 1913, KAY affirmou que os miracidios conservados n'agua por alguns dias perdem o envolucro ciliado, e por desenvolvimento ulterior se transformam em massas de cellulas, que elle julga produzirem a phase infectuosa.

Considerando o exposto por MIYAVA,—que a forma infectuosa é notavelmente differente do miracidio, affirma Looss que pôde ser isso exacto quanto ao *Schistosomum japonicum*, porém que differe no que diz respeito ao desenvolvimento do *Schistosomum hematobium*.

Muitos observadores não conseguiram obter experi-

mentalmente a infecção com outras especies, applicando o miracidio sobre a pelle.

Igualmente se observa que o effeito de um acido fraco sobre um corpo ciliado, semelhante ao miracidio, não deve ser applicado ao cercario, revestido de involucro cuticular.

Em 1913, num resumo das pesquisas sobre a schistosomose japonêsa, KATSURADA abandonou a theoria de Looss, adoptando uma metamorphose relativamente simples pela qual passa o miracidio, antes de produzir a infecção pela pelle.

Nessa comunicação publicada em Dezembro de 1913, referê-se KATSURADA a uma carta que lhe escrevera um collega, dizendo que MIYARI de Hiushu havia encontrado uma phase reproductora do *Schistosomum*, numa especie de *Lymnaeus*.

Em Novembro de 1913 o *Colonial Office* faz uma concessão especial das verbas da *Sociedade de Pesquisas das doenças Tropicaes* á *Escola de Medicina Tropical de Londres*, para que ella autorizasse á *Wandsworth Scholar* a proceder no Oriente e em outros logares a estudos sobre o modo pelo qual se dá a propagação da schistosomose e, se possivel, obter uma prova experimental sobre o assumpto.

A Commissão deixou a Inglaterra em Fevereiro de 1914 e trabalhou até Agosto, quando rompeu a guerra, que veio interromper as pesquisas.

Schagai foi o ponto escolhido para os estudos, por ser grande centro de navegação para os focos endemicos da China e do Japão e tambem pelas maiores facilidades offerecidas pelos medicos da saude e autoridades municipaes.

Ficou estabelecido que o cyclo biologico do *schistosomum* seria identico ao dos outros trematódeos.

Abandonou-se o que sem resultado já havia sido feito por outros pesquisadores no tocante á infecção directa pelo miracídio.

Submitteram todos os hospedeiros provaveis a uma prova esmagadora,—a infecção.

O verdadeiro hospedeiro mostraria uma susceptibilidade notavel e fatal, emquanto os demais, bem que igualmente submettidos á infecção não na contrahiriam.

Para isso necessario se tornava encontrar um animal de tal modo infectado, que se pudesse com pequena contaminação separar os ovos das fezes.

Taes requisitos não se encontravam nos casos de schistosomose humana.

Depois de três meses de trabalhos, conseguiram os pesquisadores um cão em excellentes condições requeridas para taes experiencias. As dejeções constavam de muco e sangue com bastantes ovos de *Schistosomum japonicum*.

As fezes eram diluidas n'agua, agitadas e rapidamente decantadas; depositavam muitos ovos, que desabrochavam, depois de se lhes ajuntar, pela segunda vez, agua limpa.

Uma outra questão foi encontrar-se uma localidade, onde fosse consideravel a proporção de individuos doentes de schistosomose, para se estudar a fauna malacologica da região e assim se poderem submitter as diversas especies de molluscos ás provas experimentaes.

Necessario ainda se tornava dissecar todas as especies de molluscos da zona infectada e diagnosticar o cercario do schistosomo.

Isto posto, deveria ser procurado um hospedeiro mamifero, susceptivel de ser infectado com o material retirado do hospedeiro intermediario suspeito—o mollusco.

Em muitos molluscos dissecados foram encontradas diversas formas de cercarios, nenhuma, porém, com os caracteres da verdadeira.

Todas as especies de molluscos eram collocadas n'agua contendo miracidios e depois eram cuidadosamente examinadas.

Emquanto se faziam experiencias com os molluscos chineses, logares outros eram incluidos na raia das pesquisas.

De KATAYAMA mandou-se vir grande porção de novas especies de molluscos, entre os quaes se achavam a *Vivipara* e a *Katayama nosophora*, n. g. n. s. descripta por MR. ROBSON.

Katayama é o centro da Schistosomose asiatica, tambem chamada doença de Katayama.

Das experiencias praticadas com os molluscos de Katayama, ficou demonstrado que o chamado—*Katayama nosophora* era o que possuia verdadeira attracção para os miracidios, infectando-se facilmente, e apresentava, no no figado, cercarios menores, sob a fórma de tubos longos e delgados, com intestino muito curto, ligeiramente desenvolvido e com ausencia completa de pharynge.

O figado desses molluscos, dilacerado n'agua fresca, permittiu que os cercarios se libertassem.

Nessa agua onde nadavam os cercarios, os experimentadores mergulhavam ratos recentemente nascidos no laboratorio, prolongavam a immersão por espaço de meia hora, tomando, porém, precauções para que o liquido não penetrasse pela bôca.

Um desses ratos, com um mês de idade, morreu depois da experiencia, e nelle se encontrou um *Schistosomum* ♂.

O segundo rato, submettido á mesma experiencia, foi sacrificado um mês depois, em Londres, e na veia porta foram encontrados Schistosomos machos e femeas em copula. Desses parasitos, uns foram retirados para estudo, e os outros, com a peça completa, foram conservados nas

próprias veias do mesenterio do rato, onde eram vistos em copula.

Pelo exposto se vê que o cyclo evolutivo do *Schistosomum japonicum* é semelhante ao dos outros trematódeos degenéticos.

De referencia ás duas outras schistosomoses humanas: a africana ou hematuria bilharziana e a americana, podemos com satisfação dizer estar resolvido o problema da sua propagação e conhecido o cyclo vital do seu parasito.

Graças aos notaveis trabalhos da *The Bilharzia Mission in Egypt*—1915, chefiada por LEIPER, ficaram bem discriminados os hospedeiros intermediarios dos *Schistosomum hematobium* e *Mansoni*, bem estudados os seus cercarios e conhecidos os modos de infecção no homem.

Assim se confirmou a nossa opinião sobre a dualidade dos Schistosomos e pela qual nos temos batido, firmado nas nossas observações, desde o inicio do descobrimento que fizemos da schistosomose aqui na Bahia. (Brazil Medico 1º. de Agosto de 1908. Contribuição para o estudo da Schistosomiase na Bahia).

Seguiu a *Commissão Inglesa no Egypto* o mesmo plano adoptado na Asia para o estudo da doença de Katayama ou schistosomose japonesa.

A fauna malacologica do *Egypto* e particularmente a do canal do *Marg*, suburbio do Cairo, foi minuciosamente estudada.

Ficou demonstrado que as especies *Bullinus contortus* ou *Bullinus dybowsky* eram os molluscos hospedeiros intermediarios do *Schistosomum hematobium* e o *Planorbis boissy*, o do *Schistosomum Mansoni*.

Identicas experiencias ás praticadas com os cercarios do *Schistosomum japonicum*, foram feitas com os cercarios dos *Schistosomum hematobium* e *Mansoni*, conseguindo-se

infectar os ratos por via cutanea e identificar os parasitos no estado de completo desenvolvimento.

E' este o resumido transumpto do estado actual das schistosomoses, depois dos mais recentes estudos.

Pode-se dizer que está conhecido o cyclo vital dos três parasitos e, bem assim, o seu modo de propagação.

Causou-nos certa estranheza não encontrar no relatório de LEIPER a mais ligeira referencia aos estudos feitos aqui na Bahia, em 1912, sobre o Cercario Blanchardi, que descobrimos no *Planorbis bahiensis*. (*Archives de parasitologie*, tome XV, p. 38. 1912. Cercaire brésilienne. (*Cercaria Blanchardi*) à queue bifurquée).

Convencido da importancia de taes estudos para resolver o problema da biologia do *Schistosomum Mansoni* e do seu modo de penetração no organismo humano, procurámos naquella epoca fazer o estudo dos molluscos mais frêquentes na Bahia e dos seus parasitos.

Transcrevemos o nosso artigo como foi publicado nos *Archives de parasitologie*:

CERCAIRE BRÉSILIANNE

(*Cercaria Blanchardi*), à queue bifurquée ⁽¹⁾

PAR

le DR. PIRAJÁ DA SILVA

Professeur de Parasitologie à la Faculté de Médecine de Bahia

“En examinant certains Mollusques au point de vue

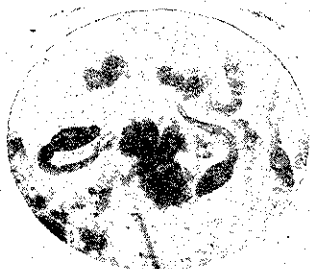


Fig. 1.—Groupe de *Cercaria Blanchardi* dans un frottis.

de la recherche des Cercaires, par exemple l'*Ampullaria patula* et particulièrement le *Plaorbis bahienses* Dunker, j'ai trouvé une Cercaire nouvelle (fig' 1 et 2), que j'appellerai *Cercaria Blanchardi*, en honneur de mon maître le Professeur R. Blanchard.

Elle rentre dans le groupe des Cercaires à queue fourchue de Max Lühe (2), dont on connaît six formes dans les eaux d'Allemagne et trois dans celles de la Haute-Italie. Il faut donc y ajouter maintenant une forme brésilienne (fig. 2).

Les dimensions de la *Cercaria Blanchardi* sont les suivantes :

Tête—55 à 50 μ de long sur 22 à 30 μ de large.

Corps—54, 67 et même 110 μ de longueur.

Queue—30 μ de longueur, 14 μ de largeur dans la partie la plus large.

Les branches de la bifurcation mesurent 56 μ en moyenne. On observe très nettement de la ligne de séparation entre la partie non divisée de la queue et l'extrémité bifurquée.

(1) Travail du Laboratoire de Parasitologie des Facultés de Médecine de Bahia et Paris.

(2) Max Lühe, *Die Süßwasserfauna Deutschlands*. — I. Trematoden.

Voici, d'après Dunker (1), la description du *Planor-
testadiscoidea, luteo cornea, tenuiter striata subopacea, su-*

PLANORBIS BAHIENSIS DUNKER — *Planorbis*
testa discoidea, luteo cornea, tenuiter striata subopacea su-
pera facie planocon-
cava, patellaeformi,
basi excavata; anfra-
ctibus quinis vel senis
subtriquetris involu-
tis, modice crescenti-
bus, apertura sublu-
nata, labro tenui.

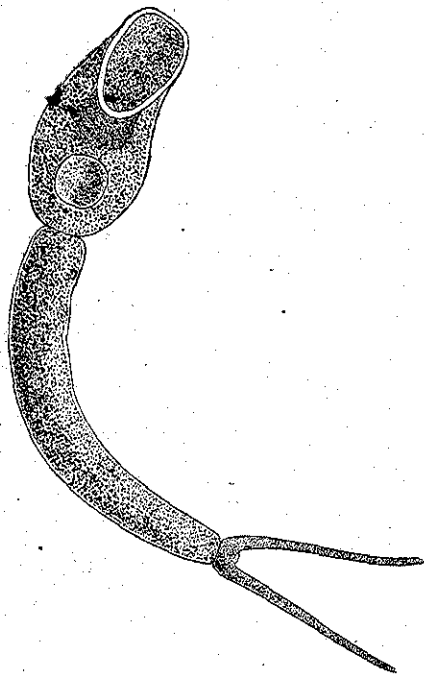


Fig. 2.—*Cercaria Blanchardi*

périeur, de sorte qu'en coupe transversale ils paraissent obtusément triangulaires.

“La concavité de la base est infundibuliforme et aplatie, elle occupe à peu près la moitié du diamètre total de la coquille, dont la largeur est de 2 lignes et la hauteur de 3

(1) Clessin Nürnberg, *Die Familie der Limnæiden*. Begonnen von Dr. H. C. Küster und Dr. W. Dunker; cf. p. 51.

lignes. Elle est finement striée, de couleur jaune sale, passant au brunâtre et d'aspect faiblement brillant.

"Cette espèce provient de Bahia. Elle paraît assez sujette aux variations. Le capitaine F. A. Fokkes en a rapporté à Cuxhaven deux variétés de Rio de Janeiro. Il les a récoltées dans une petit mare au pied de deux obélisques dans *Passeio Publico*. L'une de ces deux variétés a des tours élevés, sa base paraît plus enfoncée et réellement infundibuliforme ou en perspective (perspektivisch)

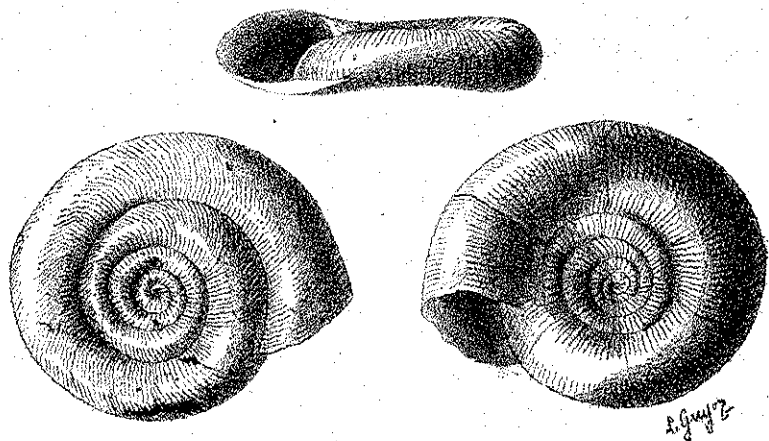


Fig. 3.—*Planorbis bahiensis*

comme chez *Solarium*. L'autre a des tours largement aplatis et irréguliers, dont le contour s'élève, puis s'abaisse comme dans les formes anormales de *Planorbis spirorbis*, *contortus*, etc.

"Une autre variation présente des tours aplatis, mais pourtant réguliers, une face supérieure très peu creusée, une face inférieure très peu concave; le contour est moins anguleux et la couleur est un peu différente (fig. 16, 17, 18 de la planche)."

Chamamos a attenção do leitor para dois factos de summa importancia: serem os cercarios dos schistosomos, cercarios de cauda bifurcada, e ser o hospedeiro intermedio do *Schistosomum Mansoni*, no Egypto, um mollusco do genero *planorbis*—*Planorbis boissyi*.

O nosso *Planorbis bahiensis* encerra uma especie de cercario de cauda bifurcada—*Cercario Blanchardi*.

Na epocha em que publicamos o nosso estudo, affirmava MAX LÜHE que o grupo de cercarios de cauda bifurcada—*Furcocérke Cercarien*— era constituido por nove formas: seis na Allemanha e três na Italia do Norte. Em *Planorbis*, só se conhecia o *Cercario gracilis* no *Planorbis carneus*, porém não pathogenico para o homem.

O *Cercario Blanchardi*, especie nova por nós observada e classificada, foi talvez a primeira estudada no Brazil.

Estudos porvindoiros nos esclarecerão se ella representa ou não uma phase no cyclo evolutivo do *Schistosomum Mansoni* e se o *Planorbis bahiensis* será a unica ou uma das especies de molluscos que aqui na Bahia servem de hospedeiros intermediarios ao mesmo *Schistosomum Mansoni*.

Ao terminar estas despretenciosas notas deparou-se nos o recente artigo do nosso sabio mestre Dr. ADOLPHO LUTZ.

Esse trabalho, assim como innumerous outros, sobre as mais variadas theses de interesse medico, sahidas da penna daquelle sabio brasileiro, que de ha muito vem enriquecendo as lettras medicas nacionaes, merecem os nossos mais justos reconhecimentos.

Assim escreveu o Dr. LUTZ, em seu artigo "*Observações sobre a evolução do Schistosomum Mansoni*", publicado no *Brasil-Medico* de 2 de Dezembro de 1916: "Antes de terminar esta nota previa, á qual deve seguir um

estudo mais detalhado nas "*Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*", convém mencionar que o cercario do *Schistosomum Mansoni*, provavelmente já foi visto pelo Dr. Pirajá na Bahia. Em 1912 elle publicou nos "*Archives de Parasitologie*" uma nota sobre o novo cercario de cauda bifurcada, que encontrou no *Planorbis bahiensis*—Dunker e denominou Cercario Blanchardi. As indicações, acompanhadas de figuras, e as condições locais, deixam pouco duvidoso que se trata do *Schistosomum Mansoni*, como tambem o *Planorbis bahiensis* corresponde perfeitamente ao *olivaceus* de Srix."

Puramente a titulo de documentação historica de referencia á mui debatida especificidade do *Schistosomum Mansoni*, o qual sempre consideramos como especie autonoma, desde que o descobrimos no Brazil, transcrevemos a carta naquella epoca recebida do notavel tropicalista inglês Prof. PATRICK MANSON:

"Meu caro Dr. da Silva.—Estava para escrever-lhe, havendo tomado o seu endereço ao Dr. LEIPER, para felicitá-lo por seu artigo sobre o "*Schistosomum Mansoni*" no *Journal of Tropical Medicine*, quando, esta manhã, recebi seu artigo transcripto no *Jornal do Prof Blanchard*.

Congratulo-me com o Senhor por uma e outra coisa, pois penso que o grande numero de observações que o Senhor reunio resolve qualquer duvida que pudesse ter havido sobre a especificidade do "*Shistosomum americanum*". Não creio que o Prof. Looss se recuse mais a reconhecê-lo.

Estimaria vêr os vermes adultos de *Bilharziose* urinaria pura, isto é, em que ha ovos rectaes com espiculo lateral, confrontadós com bons especimens da especie "*americana*".

Não tenho duvida que novas differenças serão descobertas.

Espero que o Senhor continue suas investigações, iniciadas com tão feliz exito, e que esclareça a biologia do germe.—*Patrick Manson.*

Londres, 25 de Junho de 1909.”

Do Prof. BLANCHARD tambem recebemos uma carta quando publicámos nos “Archives de Parasitologie” o artigo “*La schistosomose à Bahia*”:

“Mon cher Confrère,—J’ai lu avec le plus vif intérêt le travail sur la Schistosomose à Bahia, dont vous m’avez remis le manuscrit.

J’ai beaucoup approuvé vos observations et vos conclusions; j’ai admiré les très beaux desseins que vous avez fait exécuter d’après vos préparations microscopiques et je vous félicite bien vivement d’entrer d’une façon si satisfaisante dans la voie des études de Parasitologie, dont l’importance est exceptionnelle dans des pays tels que le vôtre.

Je publierai avec grand plaisir vôtre mémoire dans le prochain numéro de mes Archives. Veuillez croire, mon cher confrère, à mes sentiments les plus distingués.—*R. Blanchard.*”

Se forem confirmados os nossos estudos, como parece pelas observações de LEIPER e de LUTZ, muito nos rejubilaremos, não tanto pela insignificante coparticipação nossa na resolução de tão importante problema, quanto por termos concorrido para que a ella se associe a escola bahiana, de tradições tão gloriosas, tão altamente exalçadas pelos grandes vultos de Silva Lima, Wucherer, Victorino Pereira, Paterson, Silva Araujo, Pedro Severiano de Magalhães e Pacifico Pereira.

E’ nesta mesma Gazeta Medica da Bahia, relicario das tradições medicas brasileiras, que se acham carinhosamente guardadas as excellentes produções daquellas

brilhantes pennas, que á semelhança do caso da de Cide Hamete, muito difficil será o apeá-las das alturas a que foram guindadas.

NOTA — Em confirmação dos nossos estudos temos a satisfação de transcrever o trecho de uma carta de 22 de Janeiro de 1917, que nos escreveu o nosso sabio mestre Dr. ADOLPHO LUTZ:

“Quando lhe escrevi a ultima vez mandei tambem um exemplar do Brazil-Medico, com uma communicação preliminar sobre os resultados dos meus estudos. Como o amigo não fala nelle, não sei se o terá recebido, mas o jornal deve existir na Bahia. Depois deste artigo examinei animaes de experiencia, pelo menos em parte, encontrando em cobaias e coelhos de 50 até 500 e mais exemplares de *Schistosomos* nas veias mesentericas e no figado. O trabalho está concluido. O *Planorbis olivaceus*, Spix, identico com o seu *Planorbis bahiensis*, Dunker, é o unico hospedeiro conhecido entre nós e a sua *Cercaria Blanchardi* é o cercario do *Schistosomum Mansoni*.”

Tendo sido esta revista editada no decorrer do mês de Janeiro de 1917, julgamos de interesse scientifico a publicação da presente nota.



O impaludismo na Bahia

PELO

Dr. João A. G. Fróes

Professor Cathedratco de Clinica Medica na Faculdade de Medicina da Bahia

E' sempre de bom aviso recommendar aos que trabalham nos climas quentes que grande numero de soffrimentos, capitulados de palustres, nada têm que vêr com o impaludismo; e sob tal ponto de vista, ficou memoravel, nos annaes da medicina brasileira, uma salutar advertencia do saudosissimo Prof. FRANCISCO DE CASTRO, quando disse que «o impaludismo é entre nós (na cidade do Rio de Janeiro) uma excepção no grupo das pyrexias.»

Si é incontestavel e verdadeiramente util o reconhecimento desta verdade, não menos util é de certo o chamar-se a attenção dos estudiosos para o impaludismo no meio tropical, quando succede, como na cidade do Salvador, occorrerem casos morbidos de certa feição abstrusa, em que se desvenda o hematozoario de LAVERAN á visão subtil do microscopio. E assim é que, baseado na propria experiencia clinica, comprovada pelo indispensavel criterio do laboratorio, ousamos affirmar que o impaludismo é frequente na Capital da Bahia e que das cogitações do clinico se não deve, em geral, excluir a possibilidade de uma manifestação ou de uma complicação palustre, impondo-se então a prova

hematoscópica—reconhecimento do hematozoário e do pigmento melânico, como também da mononucleose.

O microscópio é, pois, nos climas tropicaes, o instrumento talvez de mais utilidade do arsenal medico, uma vez que, illuminando os meandros trevosos do problema diagnostico, aclara, *ipso facto*, as indicações proveitosas da therapeutica especifica.

Existe na cidade do Salvador o impaludismo e em proporção avantajada, como se vê da estatística abaixo, correspondente a dez annos de observação clinica ininterrupta, e também do quadro annexo sobre a mortalidade palustre em nossa Capital durante 10 annos e que devemos á gentileza do Sr. Dr. ALBERTO MUYLEAERT, actualmente na direcção da Saúde Publica.

Querendo fallar com pleno conhecimento de causa, organisámos a alludida estatística, baseada nos registos clinicos archivados nos livros respectivos da antiga Clinica Propedeutica e da actual 3.^a Cadeira de Clinica Medica, sob nossa humilde direcção; e, ainda assim, somente nos utilisámos dos ultimos dez annos, isto é, de 1906 a 1916, desprezando os dados anteriores, para nos valermos tão somente de informações clinicas comprovadas quasi todas pelo exame microscopico, revelador dos hematozoarios do impaludismo.

Houve, pois, em uma clinica pedagogica de nossa Faculdade, no decurso de 10 annos e em um total de 2.110 doentes, 367 pacientes atacados de impaludismo, agudo ou chronico, benigno ou pernicioso, patente ou larvado, o que dá as seguintes percentagens, constantes dos quadros annexos ns. 1 e 2, que devemos á gentileza do Sr. Dr. JULIO PINHO, assistente da 3.^a Cadeira de Clinica Medica.

QUADRO N. 1

Casos de impaludismo sob diferentes formas occorridos na antiga Clinica Prepedeutica e na 3.^a Cadeira de Clinica Medica, sob a direcção do professor J. Fróes, de 1906 a 1916

Tempo decorrido	Total dos doentes	Impaludismo	Proporção
1906 a 1916	2110	367	17,39 %
assim distribuidos:			
1906	242	25	10,33 %
1907	252	44	17,46 %
1908	247	68	27,53 %
1909	60	13	21,66 %
1910	177	25	14,12 %
1911	171	25	14,61 %
1912	177	44	24,85 %
1913	146	19	13,01 %
1914	273	33	12,08 %
1915	283	48	16,96 %
1916 (*)	82	23	28,04 %

Resumindo:

1906 a 1916—2110 doentes	{ 1743—Diferentes molestias: 82,61 % 367—Impaludismo: 17,39 %	{ 331—I. agudo: 15,68 % 36—I. chronico: 1,71 %
---------------------------------	--	---

(*) Até Junho.

QUADRO N. 2

Proporção das formas especiaes de Impaludismo verificada nos 367 casos occorridos na antiga Propedeutica e na 3.^a Cadeira de Clinica Medica, sob a direcção do Professor J. Fróes, de 1906 a 1916. (*)

PROPORÇÃO %	52,04	5,99	4,69	2,72	1,98	1,36	0,54	0,27	0,00
Impalud. agudo com accesso quotidiano									
Esplenomegalia palustre.....									
Nephropaludismo									
Impaludismo terço }									
Impaludismo tropical..... }									
Anemia palustre.....									
Polynevrite palustre..... }									
Impalud. duplo terço benigno. }									
Impalud. duplo terço maligno.....									
Impalud. tropical pernicioso.... }									
Ictero-paludismo..... }									
Impaludismo e filariose..... }									
Impaludismo e peste..... }									
Impaludismo quartão.....									

(*) Até Junho.

As percentagens aqui exaradas correspondem mais ou menos ás das outras clinicas da Faculdade e do Hospital Santa Izabel e, si nos referimos unicamente aos ultimos dez annos do nosso serviço clinico (quer

Mortalidade por impaludismo

ANNOS	DISTRITOS															TOTAL					
	URBANOS							SUBURBANOS													
	Sé	São Pedro	Sant'Anna	Conceição da Praia	Pilar	Rua do Passo	Santo Antonio	Victoria	Brotas	Pomba	Mares	Nazareth	Itapuan	1.º de Traja	2.º de Traja		Passé	Paripe	Matolin	Cotejipe	Marté
1902....	16	19	15	7	—	11	105	37	24	25	30	47	—	2	10	—	—	—	—	—	348
1903....	4	13	12	2	20	5	80	65	23	21	36	46	—	—	—	—	—	—	—	—	327
1904....	9	17	12	4	22	3	59	21	24	14	25	31	—	4	—	—	—	—	—	—	239
1005....	4	12	6	4	17	3	75	18	25	13	27	35	—	11	—	—	—	—	—	—	250
1906....	14	11	11	9	13	6	66	30	16	28	47	33	—	16	—	—	—	—	—	—	300
1907....	10	5	12	7	17	9	84	21	22	18	34	36	1	6	4	—	—	—	—	—	277
1908....	5	3	9	4	19	4	81	25	34	27	42	81	9	32	9	—	—	—	—	—	384
1909....	18	8	14	4	22	4	96	29	24	23	27	64	14	32	5	1	2	1	—	—	388
1910....	7	2	4	4	18	1	91	32	30	17	38	34	13	16	17	5	3	2	10	—	344
1911....	6	6	6	1	10	6	53	33	22	25	22	50	7	40	22	40	5	11	6	4	375
1912....	6	3	4	5	9	3	61	38	23	16	18	66	11	31	27	41	7	4	5	3	381
1913....	6	6	4	1	9	6	64	38	28	22	22	48	5	16	15	25	7	1	4	3	327
1914....	6	5	6	2	11	2	103	57	45	30	16	65	4	14	24	34	9	2	3	1	439
1915....	4	4	2	1	15	3	94	29	35	12	16	31	5	—	10	33	4	1	—	—	299

OBSERVAÇÕES { No distrito de Nazareth figuram os obitos do Hospital Santa Isabel.
As cifras de 1915 estão sujeitas a verificação.

na 3.^a Cadeira de Clinica Medica como na cathedra de Propedeutica) as razões foram já sobejamente aclaradas e nisso de modo nenhum vae menosprezo aos trabalhos alheios, proficientemente e conscienciosamente realisados.

Sob o ponto de vista clinico são mais frequentes as manifestações agudas do impaludismo do que as chronicas, o que depende certamente da opportunidade do tractamento especifico.

Dentre as manifestações agudas predomina de modo absoluto o typo febril duplo terção (benigno ou maligno) constituindo a mór parte dos accessos palustres quotidianos, oõservados entre nós.

O typo terção simples é pouco frequente e o quartão simples muito raro, não o tendo nós jamais observado na Bahia.

A febre quartã é rara na Bahia, concorrendo talvez para sua menor frequencia de observação, apesar de sua resistencia já proclamada pelos romanos no *quartana te teneat*, o facto de ser de todas as febres palustres a mais favoravel e a menos incommoda no momento dos accessos—*Omnium est tutissima quartana, placidissima et longissima* (HIPPOCRATES); *quartana longior, haudquaquam periculosa* (GALLENO); *quartana neminem jugulat* (CELSE).

Quanto ao typo febril quotidiano, pertencemos ao grupo numeroso dos que pensam que este typo corresponde a accessos duplos terções ou triplos quartãos.

Os typos dobrados são menos frequentes, segundo nossa observação pessoal.

Sob o ponto de vista da investigação microscopica, as variedades mais frequentes de hematozoarios de

Laveran na Bahia são—*a hemameba vivax* ou *plasmodium vivax* da febre terçã benigna e logo depois a *Laverania malarie* ou *plasmodium præcox* do impaludismo grave, tropical, estivo-outomnal dos italianos; o *plasmodium malarie* ou *hemameba malarie* da febre quartã tem sido raramente observado entre nós.

O impaludismo chamado pernicioso é de observação relativamente frequente e produzido pela *Laverania præcox* sob o aspecto clinico de manifestações medulares, cerebellares, encephalicas e dos nervos periphericos.

São de nossa observação casos de impaludismo de diagnostico confirmado ao microscopio, em que compareceram—o *syndromo da lesão dos cordões antero-lateraes* da medulla, o *syndromo cerebellar*, o da *neurite peripherica*, a *aphasia*, a *dysarthria*, a *hemiparesia* e o *coma*, não querendo insistir nas nephrites hydropigenicas palustres, no impaludismo de forma typhoide (com verificação do germen de *Laveran* e ausencia da reacção de Widal para a febre typhica) e no *impaludismo icteroides* ou *ictéro-paludismo*, de que vae adiante o resumo de uma observação pessoal.

Não raro é o observar-se o impaludismo larvado sob a forma de cephaléas, neuralgia facial, paralysisia do motor ocular commum (caso do Dr. ALFREDO BRITTO FILHO), enteralgia, urticaria etc.

Um curioso caso de *urticaria palustre* foi por nós observado em um distincto collega juntamente com o Snr. Prof. J. OLYMPIO DA SILVA. O paciente estava, havia 8 dias, soffrendo de insultos quotidianos e nocturnos, ás mais das vezes, de urticaria bem cara-

cterisada, com grande irritabilidade nervosa e sem elevação thermica.

Não havendo cedido a urticaria á medicação adequada que houvera sido instituida, lembrámo-nos de fazer o exame microscopico do sangue e para logo se patentearam numerosos hematozoarios da terçã benigna, que promptamente foram jugulados com o uso da quinina.

DIAGNOSTICO—No desempenho da ardua tarefa do diagnostico differencial do impaludismo agudo com outras manifestações morbidas febris, frequentes em nosso meio, soccorremo-nos de meios puramente clinicos e de processos de laboratório.

Dentre os recursos clinicos propriamente taes salientam-se, no grão decrescente de seu valor pratico —a caracterisação franca de um typo terção simples ou terção dobrado e do quartão simples, quartão dobrado ou duplo quartão, a euphoria do doente logo depois de terminados os accessos febris e tanto a reacção esplenica como a hepatica.

A febre terçã simples ou dobrada e a quartã simples, a dupla quartã e a quartã dobrada são characteristics do impaludismo, cujo diagnostico impõem, dispensando até o auxilio do microscopio.

Os recursos do laboratorio cifram-se—no achado do hematozoario especifico no sangue peripherico ou no visceral e no sangue da placenta (nos casos em que é isso possivel; o que constitue um recurso valiosissimo); no reconhecimento de leucocytos melaniferos e de pigmento melanico livre no sangue; na eliminacão pela urina de pigmento palustre, segundo os estudos do DR. CIRO URRIOLA; na determinacão

da fórmula hemoleucocytaria com a revelação de pronunciada mononucleose e na existencia de urobilinuria, incrementada com o advento de cada novo accesso febril.

Para o diagnostico rapido do impaludismo, ganhando tempo o medico e o doente e não deixando fugir a oportunidade therapeutica, empregamos o methodo da lamina espessa segundo CROPPER e coramos o preparado com uma solução de azul de methyleno acido, de accôrdo com a technica seguinte: (*)

a) Retirar 5 gôttas de sangue e espalhal-as grosseiramente em uma lamina bem limpa (processo da lamina espessa de CROPPER e outros;)

b) Depois de secco o sangue, colorir, durante 2 minutos, com a solução de azul de methyleno acida seguinte:

Azul de methyleno.....	1 gr.
Acido chlorhydrico.....	0.50 c. c.
Alcool	10 c. c.
Agua distillada.....	90 c. c.

c) Lavar cuidadosamente (não em agua corrente), deixar seccar e examinar com a lente de imersão homogenea.

As vantagens são inestimaveis porque, ao tempo em que o acido chlorhydrico da solução corante destrõe a hemoglobina do sangue, o azul de methyleno colore os nucleos dos leucocytos e os parasitas existentes no sangue; e, como, em vez de uma pequena gôtta, se utilisam 5 grandes gôttas de sangue,

(*) Vid. *Hemodiagnostico nos Tropicos* por J. FRÖES, pg. 96.

segue-se que cada lamina, dest'arte preparada, corresponde a 20 laminas delgadas, conforme a pratica communmente seguida.

O reconhecimento dos hematozoarios é tarefa de poucos minutos e por isso recommendamos este processo de nosso modesto laboratorio e que é diariamente utilizado em nosso serviço clinico no Hospital Santa Izabel e tambem na clinica civil.

E' de bom conselho preparar, simultaneamente, uma lamina espessa para o reconhecimento immediato dos hematozoarios de LAVERAN e tambem laminas delgadas para o estudo minucioso da estrutura desses parasitas.

Temos observado campos microscopicos com 10, 15 e até trinta hematozoarios em laminas espessas tractadas pela solução acida de azul de methyleno; e recentemente, em um preparado feito com sangue de placenta paludica (observação do doutorando A. SACRAMENTO) conseguimos contar 42 parasitas do impaludismo (pequenos anneis da tropical) em um só campo do microscopio.

Quando associado a outras doenças, e mais difficil assim de destrinçar o quadro morbido complexo, de muito nos tem valido o methodo de coloração a que nos vimos referindo, e que nos permittiu reconhecer, o anno passado, a existencia simultanea de bacillos da peste e de hematozoarios de *Laveran* no sangue de uma doente recolhida á enfermaria de *Sant'Anna* e que succumbiu de septicemia pestosa.

Em Maio do corrente anno o exame hematoscopico do enfermo E. P. com 60 annos, cama n. 30 da enfermaria de *S. Vicente*, revelou simultaneamente

crescentes do impaludismo tropical e microfilarias fraternizando na mesma gôtta de sangue; e, facto curioso, apesar de serem da variedade nocturna (embryões da filaria de BANCROFT) as microfilarias haviam perdido sua periodicidade característica, comparecendo sempre e a qualquer hora no sangue peripherico, ainda que mais numerosas durante a noite, como se vê no graphico junto, organizado pelo Sr. DR. JULIO PINHO.

Parece-nos logico admittir que para tanto tenha concorrido a presença insolita dos hematozoarios de LAVERAN com suas inevitaveis toxinas. (*)

PROGNOSTICO — O prognostico do impaludismo na Bahia, bem que, de modo geral, benigno quando tractado em tempo e sob a orientação da therapeutica especifica, mostra-se muita vez sombrio á occurrencia de raças de hematozoarios quinino e arseno-resistentes.

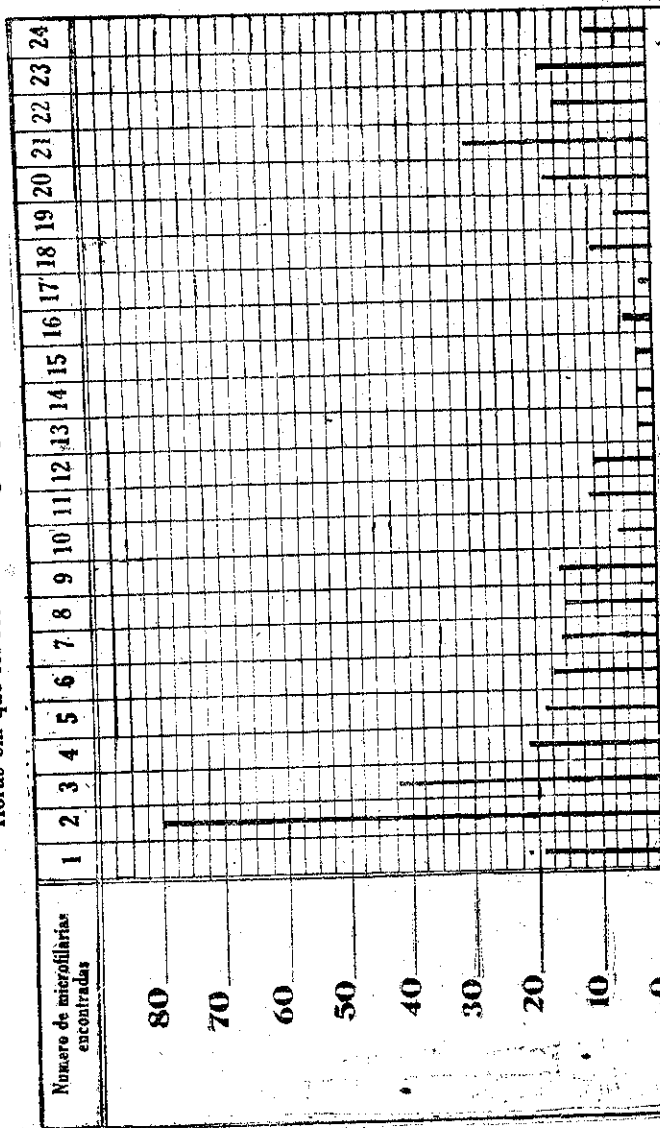
Estes, alapardados nas visceras nobres, oude profusamente se multiplicam, pôdem causar serios disturbios ao organismo, já difficultando a circulação capillar por um bloqueio mais ou menos completo, ou siderando a vida cellular pela acção nefasta de suas toxinas.

Urge em taes casos, não esquecer o aphorismo hypocratico—*Ad extremos morbos extrema remedia, exquisite optima.*

TRACTAMENTO—Como tractamento irrealisavel, continuam os saes do quinino a levar as lampas a todas as outras medicações antipaludicas, que se têm apresentado em campo. Utilizados em ingestão, em

(*) J. Fróes—Um caso de filariose, complicada de impaludismo, em que se não observou a periodicidade das microfilarias.—Comm. á Sociedade Medica dos Hospitaes em Junho de 1916.

Horas em que foi retirado o sangue para as pesquisas das microfilarias



Clinica Medica do Professor Dr. J. Erões.—Hospital Santa Izabel.—Enfermaria?
 S. Vicente, Leito n.º 30.—Paciente: Eplodio Pereira, preto, 60 annos, portador tambem de bema-
 tozoários de Laveran

— Bahia, 17 de Maio de 1916 —

injecções intramusculares e, ainda melhor, nos casos graves, em injecções intravenosas e em doses sufficientes, fazem prodigios de resurreição, como se nos tem deparado ensejo de verificar e testemunham 2 das observações clinicas, com que se remata esta synthese.

Em plano inferior a nosso vêt, mas certamente valiosa, principalmente na terçã maligna, é tambem a acção do azul de methyleno (*) em ingestão ou em injecção intravenosa, merecendo até do eminente Prof. MIGUEL COUTO acalorados encomios, como se lê em suas recentes e valiosas Lições de Clinica Medica, á pagina 120, quando proclama que «o azul de methyleno pelo menos tambem cura o impaludismo e cura quando a quiniua falha.»

Como peças elucidativas das linhas que precedem seguem-se 3 observações clinicas de nosso serviço clinico no *Hospital Santa Izabel* e referentes a doentes affectados de nephrite palustre, de ictéro-paludismo simulando a febre amarella, e de aphemia palustre com hemiparesia esquerda transitorias.

• Nephro-paludismo

A. G., com 16 annos, solteira, entrou a 31 de Julho, occupando o leito n. 6 da Enfermaria de Santa Anna, no Hospital Santa Izabel.

O exame clinico revelou signaes de nephrite hy-

(*) Vid. J. Fróes—O azul de methyleno no tractamento do impaludismo e da blenorragia—Comm. á Socied. de Med. e Cirug. da Bahia, em 1897.

Vid. J. Fróes—Notas de clinica n. medica, pgs. 1 a 5—1902.

dropigenica e suspeita de impaludismo, confirmado pela inspecção microscopica do sangue.

Estabelecida a medicação pela quinina e pelo perchlorureto de ferro com quinina, começaram simultaneamente de diminuir a albumina urinaria, a cylindruria e os hematozoarios de *Laveran*. Estes existiam na proporção de *meio hematozario* por cada campo microscopico (media de 40 campos examinados) no dia 9 de Agosto, proporção que se reduziu a *um vigesimo* por campo no dia 16 de Agosto, desapparecendo por completo os parasitas ao exame de 26 de Agosto, data em que se não encontrou mais albumina na urina.

Urina. O exame urológico revelou, além da albumina, abundancia de cylindros hyalinos e o pigmento palustre de URRIOLA, havendo tambem excesso de urobilina e de uratos, com fraca excreção de uréa e forte retenção dos chloruretos (3 gr. 09 por litro de urina).

Fezes. Havia ovos de ascarides e anguilulas, o que indicou o uso de um anthelminthico, tendo por base a essencia de matruz.

Sangue. Os dois exames hematologicos, que ahi vão em confronto, denunciam bem a melhora accentuada da paciente, que se retirou do Hospital liberta dos hematozoarios do impaludismo (parasitas da terça maligna ou tropical) e da nephrite paludica que a accommettera.

12 DE AGOSTO

Hemácias.....	2:542.000
Leucocytos.....	8.680
Hemoglobina.....	70 %
Relação globular.....	1:286 h.
Valor globular.....	1,5

3 DE SETEMBRO :

3:633.200
8.060
80 %
1:450 h.
1,11

Formula leucocytaia

Polynucleares neutrophilos	50,00 %	42,00 %
Eosinophilos.....	5,50 %	7,00 %
Mononucleares.....	6,50 %	4,60 %
Grandes lymphocytos.....	6,00 %	6,00 %
Pequenos.....	30,50 %	39,00 %
Formas de transição.....	1,50 %	1,40 %
	100,0	100,0

Indice neutrophilo de Arneth

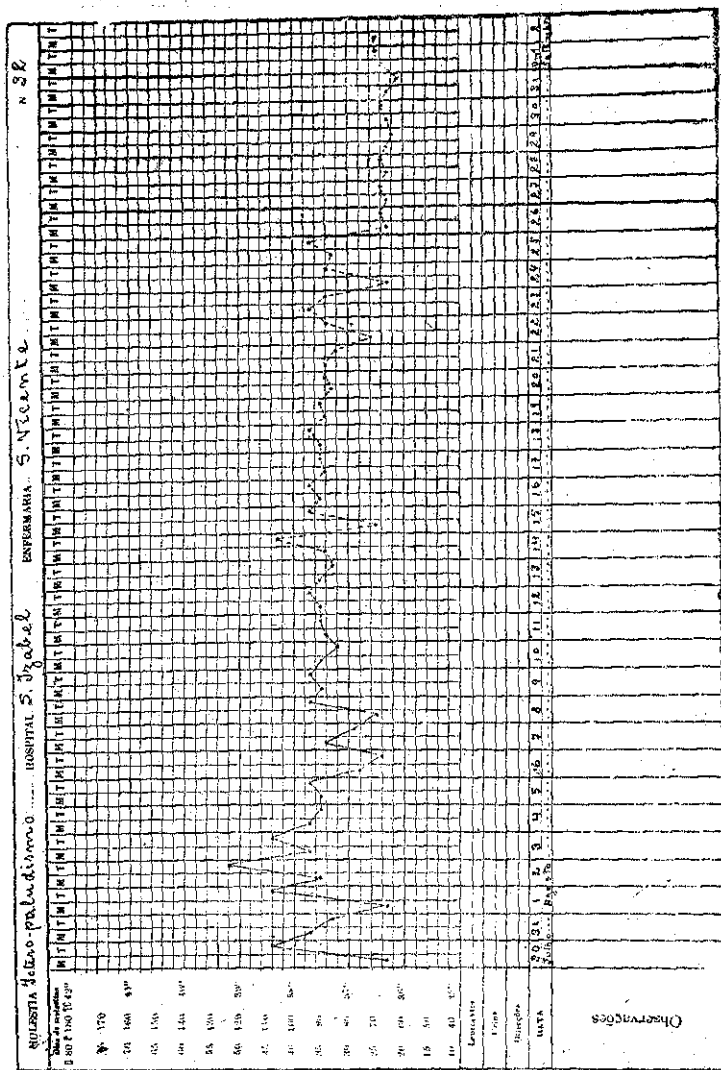
<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>	|	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>
6	31	43	18	2	|	6	23	44	22	5

Ictéro-paludismo

Tracta-se de um enfermo, V. P. O., com 39 annos, pardo, solteiro, recolhido á enfermaria de S. Vicente a 30 de Julho de 1915 e vindo de Itaparica, onde adoeecera com febre intensa, cephalalgia, grande prostração de forças, vomitos biliosos e epistaxis.

Ao exame clinico apresentava grande adynamia, difficuldade em levantar as palpebras, retardamento nas respostas, impossibilidade de levantar-se da cama, onde exonerava, ás vezes, insensivelmente o recto e a bexiga.

Havia febre de 38°,5 (cuja marcha se vê bem no thermogramma junto), ictericia evidente nas conjunctivas oculares e na pelle, urinas biliosas e albuminosas (0.50 centigr. por litro). Para obter a primeira



NOTA.—A temperatura marca-se com um ponto (.) o pulso com uma cruz (X) e a respiração com um círculo (O).

urina necessaria ao exame foi mistér fazer a sondagem da bexiga. Havia forte reacção hepatica, sendo fraca a esplenica.

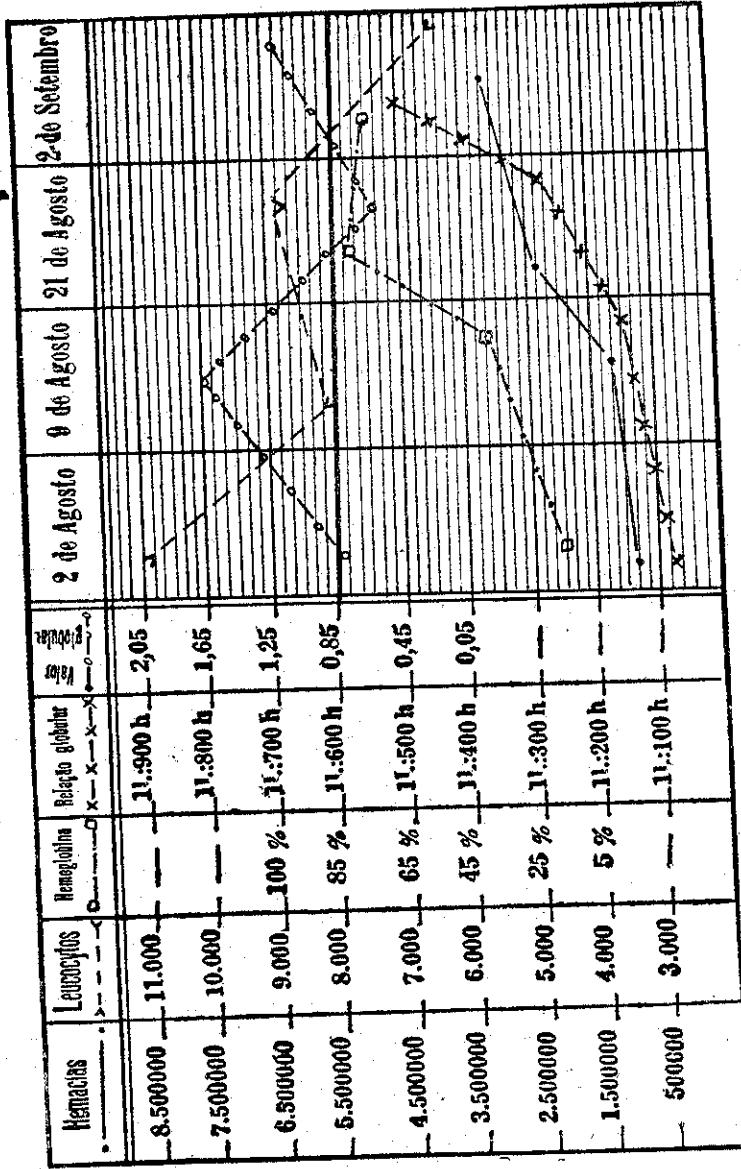
Suspeitámos, e comnosco todos os collegas a quem mostrámos o enfermo, a febre amarella em sua 2.^a phase ou de localisação hepatica e, antes de dar o caso como suspeito, appellámos para os esclarecimentos do laboratorio, que foram os mais completos e decisivos no que tange ao exame do sangue, como se vê:

Sangue. Havia hematozoarios do impaludismo em profusão—formas em crescente e os pequeninos anneis da *tropical*, de que eram portadoras algumas hemacias em numero de 2 e de 3; abundantes eram os leucocytos melaniferos, notando-se que, além dos mononucleares, topámos com polynucleares carregados de pigmento melanico.

E' suggestivo o confronto a seguir de 4 exames successivos do sangue do paciente, trabalho que devemos aos 2 operosos internos da clinica em 1915, doutorandos R. RENAULT e E. BITTENCOURT, e ao assistente Sr. Dr. JULIO PINHO, que organisou o graphico synoptico que ahi vae, e dá uma impressão de conjuncto muito suggestiva sobre o triumpho therapeutico obtido.

Clinica do Professor Dr. João A. G. Fróes

Hospital S. Izabel - Enfermaria S. Vicente. Leito n. 32. V. P. O. 39 annos. Impaludismo pernicioso. (Duplo terção grave)



Impaludismo grave, simulando a febre amarella (ictero-paludismo)
 Quadro organizado pelo Smr. Dr. Julio S. de Pinho (assistente da 3ª Cad. de Clin. Medica),

Confrontos dos exames hematologicos

	2 de Agosto	9 de Agosto	21 de Agosto	2 de Setembro
Hemacias por m m ³	899.000	1.209.000	2.294.000	3.103.100
Leucocytos	10.920	8.060	8.680	6.200
Hemoglobina	15%	40%	80%	75%
Relação globular	17: 82h	1:150	1:264	1:500
Valor globular	0.83	1.65	0.55	1,19

Formula leucocyaria

Neutrophilos	46,50%	40,0	—	58%
Eosinophilos	0,50	1,0	—	5%
Basophilos	1,50	1,40	—	—
Mononucleares	6,50	6,60	—	4%
Grandes lymphocytos	11,00	10,00	—	5%
Pequenos lymphocytos	20,50	37,40	—	25,2
Formas de transição	10,08	2,00	—	2,8
Myelocytos	0,00	1,00	—	0,0
Normoblastos	3,50	8,40	—	0,0
Crescentes	1,20	—	—	—
				100,0

Indice neutrophilo de Arneth

I	II	III	IV	V	—	—	I	II	III	IV	V
8	53	32	7	0	—	—	7	30	40	18	5

Quociente do desvio leucocyario

3,3	—	—	1,3
-----	---	---	-----

Havia anisocytose, poikilocytose, polychromatophilia.

Fezes: Ovos de ascaris e de trichocephalus dispar.

Urna: Volume nycthemerico—500 c. c.

Côr	avermelhada
Aspecto	turvo
Consistencia	fluida
Cheiro	normal
Transparencia	incompleta
Superficie	limpa
Reacção	acida
Densidade a 15°	1012
Materiaes solidos por litro	28 grammas
Uréa por litro	18,61
Phosphatos por litro	1,98

Chloruretos	2,06
Urobilina.....	excesso
Albumina	0,50 centg.
Ao exame microscopico—nada de anormal.	

Tractamento. Consistiu (de parte a medicação symptomatica geral) em injeções endophlebicas de quinoformio e de hectina (ao todo 4g, 50 de quinoformio e 1 gramma de hectina); no uso interno durante 10 dias de 10 gôttas da solução millesimal de adrenalina e em injeções de oleo camphorado e esparteina, pela manhã e á tarde, durante os 4 primeiros dias de permanencia no Hospital, para luctar contra a adynamia geral que apresentava o enfermo, que, completamente curado, pôde retirar-se do Hospital.

Aphemia palustre e hemiparesia esquerda transitorias

O doente A. A. B., com 51 annos, branco, casado, carpinteiro, natural deste Estado, morador no Canella (districto da Victoria), entrou a 31 de Julho para o nosso serviço clinico, apresentando grande prostração, notavel embaraço no andar (typo cerebello-espasmodico), um tremor generalizado e de maior accentuação nas mãos, mas não intencional, um pouco de dysarthria e evacuação involuntaria da urina na cama.

Evidente e confesso o alcoolismo chronico, parecia explicar-se a phenomenologia morbida ás custas de certo gráo de esclerose disseminada no systema nervoso central, quando a observação completa do enfermo e a orientação luminosa do laboratorio nos deram a chave do diagnostico verdadeiro, patenteando-nos o micro-

scopio uma riqueza insolita de crescentes (8, 10 e até 12 em um só campo, e em laminas preparadas pelo methodo a que denominam os auxiliares da 3.^a Cadeira de Clinica Medica—de CROPPER-FRÓES) e profusão dos aneis pequeninos da tropical, além de mononucleares melaniferos, de anisocytose, polychromatophilia e alguns normoblastos.

Orientada dest'arte a therapeutica aggressiva, hesitámos e comnosco o então interno do serviço—o Dr. R. RENAULT, (que é um paladino estrenuo da therapeutica endophlebica), em intervir com as injeccões intravenosas de quinoformio, por isso que velho e alcoolata era o paciente e nos cumpria obedecer ao principio justo do *primum non nocere*.

Fez-se, pois, uma injeccão intramuscular de 0,50 de quinoformio e prescreveu-se *per os* o chlorhydrato de O_2 com opio, fazendo-se nos 3 primeiros dias, *ante e postmeridiam*, injeccões de oleo camphorado e esparteina, indicadas pela asthenia que dominava o quadro morbido.

No dia immediato, ao em vez de melhorado muito peor se achava o enfermo—completamente aphemico, tendo ainda hemiparesia da face á esquerda (de preferencia na zona do facial inferior) e tambem hemiparesia dos membros do lado esquerdo.

Respondia por um chôro convulsivo a qualquer indagação e só com muito esforço conseguia levantar ligeiramente o antebraço esquerdo no movimento de flexão sobre o braço homonymo.

Diante da gravidade do caso e não devendo perder a opporünidade que fugia, deixámo-nos guiar pelo aphorismo conhecido do *ad extremos morbos extrema*

remedia e praticou-se incontinentemente uma injeccão intravenosa de 0g,50 de quinoformiõ, que se repetiu no mesmo dia á tarde e nos 10 dias subsequentes, a principio 1 gr. *pro die* e depois 50 centigr. diariamente. Fez-se, de modo verdadeiramente brilhante, a resurreição da palavra articulada ainda que dysarthrica, ao cabo de 24 horas de aphemia, e começou de desfazer-se, pouco e pouco, a hemiparesia, de que apenas perdurou por algum tempo um vislumbre no orbicular dos labios e aos esforços da mimica.

Não é aqui azado o ensejo de discutir esse problema transcendente do mecanismo physiopathologico da aphemia transitoria palustre e, demais, nós já o tentámos fazer em trabalho anterior que, justa ou injustamente, mereceu as honras do applauso e as irreverencias da critica apaixonada. (*)

Assim é que, discutindo a questão em nosso trabalho—*Hemodiagnostico nos tropicos*—a proposito de um caso de aphemia palustre, em que o doente recuperou o uso da palavra, ao cabo de 20 dias de mutismo, acceitámos, como pathogenia do facto, *o bloqueio cerebral dos capillares da zona da linguagem articulada* (acceite-se a doutrina classica do centro de BROCA ou a do quadrilatero de PIERRE-MARIE) *pelo accumulo no seu interior de hematozoarios de LAVERAN e de hemacias parasitadas.*

No caso actualmente em discussão esse bloqueio, mais ou menos completo, não se limitou ao centro da linguagem articulada, comprometendo ainda a zona motora do braço e da perna do lado esquerdo; e,

(*) Vid. —*Hemodiagnostico nos Tropicos* por J. Fróes — 1913.

quando se libertaram estes centros sob a acção do específico bemfazejo, continuou ainda resentido, durante dias, o aparelho central da articulação da palavra, o qual se estende, no ensinamento do collendo GRASSET, «desde o cortex (operculo rolandico: centros da lingua, dos labios e da larynge) até os nucleos bulbares do hypoglosso, do facial e do espinhal.»

Lembreino-nos de que o parasita encontrado foi a *Laverania praecox* e em farta copia; não esqueçamos a sua malignidade e quinino-resistencia (diriamos melhor, baseado na propria experiencia—quinino e arseno-resistencia); insistamos no facto recolhido da preferencia deste parasita para a schizogónia visceral e, nos individuos predispostos como A. A. B. (alcoholata), para os capillares do cerebro, como o thalamo mais propicio ás ninhadas incessantes de seus merozoitos; recordemos a acção nefasta sobre a circulação encephalica das toxinas sempre renovadas a cada esporulação; tenhamos presente a particularidade altamente nociva de facilmente adherirem os erythrocytos parasitados ás tunicas internas dos capillares sanguineos; e, certo, ninguem recusará, de boa fé e em boa logica, reconhecer a acceptabilidade da pathogenia que apresentámos em 1913 e reapresentamos hoje perante um novo caso de aphemia palustre.

Succede ainda que por tal mecanismo physiopathologico pôde comprehender-se a symptomalogia complexa que apresentava o paciente—andar cerebelloespasmodico, aphemia acompanhada de hemiparesia do lado esquerdo, dysarthria consecutiva á aphasia motora transitoria—o que tudo seria de mais difficil explicação, admittida uma outra pathogenia e diante

do restabelecimento completo do paciente, como se pôde verificar.

Como documentação indispensavel nos referiremos á função urinaria, que nada revelou de importante a não ser um excesso constante de urobilina e o facto de ter-se apresentado retenção de urina, evacuando o doente de uma só vez 1.900 c. c. desse liquido excrementicio; o exame das fezes indicou a existencia de ascaris, de ankylostomos e de schistosomum MANSONI.

Quanto ao exame do sangue, além do já referido, cumpre-nos salientar que a 16 de Agosto encontraram-se 5,85 hematozoarios em cada campo microscopico (media de 20 campos), proporção que desceu a 4 parasitas por campo a 19 de Agosto e foi gradualmente decrescendo até o ultimo exame positivo, em que foi visto apenas um crescente em uma lamina, que permittiu a contagem de 500 leucocytos para a obtenção da formula hemo-leucocytaria.

Documento valioso é sem duvida a comparação dos 2 exames do sangue que se seguem, effectuados respectivamente em 19 de Agosto e em 3 de Setembro corrente:

19 DE AGOSTO		3 DE SETEMBRO	
Hemacias por mm ³	1:260.000	2:759.000	
Leucocytos.....	7.440	8.680	
Hemoglobina.....	50 %	45 %	
Relação globular.....	1:169 h.	1:317	
Valor globular.....	1.98	0.81	

Formula leucocytaria

19 DE AGOSTO		3 DE SETEMBRO	
Polynucleares neutrophilos	56,4 %	51,0 %	
Eosinophilos.....	0,2 "	4,8 "	
Mononucleares.....	9,6 "	7,2 "	
Lymphocytos grandes.....	21,8 "	7,8 "	
" pequenos.....	7,8 "	26,8 "	
Formas de transição.....	4,2 "	2,4 "	
	<hr/> 100,0	<hr/> 100,0	

Indice neutrophilo de Arneth

<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>
14	23	41	19	3	6	21	46	25	2



Leishmaniose Tegumentar na Bahia

PELO

Prof. Eduardo de Moraes

O titulo do presente artigo indica perfeitamente que as suas linhas não comportam um estudo completo e detalhado da leishmaniose tegumentar.

Incumbido de sua feição pelo corpo redaccional da *Gazeta Medica da Bahia*, para ser publicado no seu numero especial, commemorativo do quinquagesimo anniversario de sua existencia, recebi do mesmo as indicações precisas para que procurasse limitar o meu estudo, á descripção d'aquillo que entre nós se tem feito para melhor conhecimento de tão grave molestia, bem como da sua frequencia e principaes caracteristicos em nosso Estado.

Muito facil será a quem tiver desejos de realizar um estudo mais minucioso da leishmaniose a consulta aos diffrentes trabalhos publicados sobre o assumpto no Brazil e no estrangeiro e que muito detidamente se occupam da sua etio-pathogenia, ainda incompletamente acclarada, symptomatologia, anatomia pathologica e tratamento, maravilhosa descoberta de grande sabio patricio, tão cedo e injustamente roubado pela morte á pleiade mais brilhante dos scientistas brasileiros.

Mal conhecida nas suas multiplas manifestações até ha bem poucos annos, facilmente e communmente confundida com a syphilis e outras molestias, tem ultimamente a leishmaniose trazido ao quadro nosologico bahiano um contingente enorme e que tende dia a dia a crescer, pare-

cendo que a molestia vem, nos seus focos endemicos, assumindo proporções nunca vistas, de modo a poder ser considerada um grande flagello, assustadoramente espalhado.

O Dr. Augusto Cerqueira, (1) na sua excellente these sobre o assumpto, calcula que o numero de doentes vá approximadamente triplicando de anno para anno.

Pode ser que o facto de ser hoje o mal diagnosticado e de ter corrido celere a noticia dos optimos resultados produzidos pelo tratamento, graças ás injecções de tartaro emetico, tenha influido no sentido de attrahir ás nossas clinicas uma quantidade maior de individuos victimas dos seus gravissimos ataques, mas o que é fóra de duvida é que nestes ultimos tres annos as observações se têm multiplicado de modo realmente impressionador e estão a exigir da parte dos nossos experimentadores o maior afínco no estudo e nas tentativas por descobrir um meio capaz de estabelecer a defesa prophylactica do nosso povo.

Emquanto se não pode estabelecer uma prophylaxia bastante efficaz, occorre aos medicos bahianos o dever de bem procurarem conhecer a molestia, desde o seu inicio e sobretudo encontrarem-se em condições de em qualquer zona do Estado poderem applicar a therapeutica verdadeiramente especifica, cujos effeitos promptos e valiosissimos não soffrem mais contestação.

O Dr. Octavio Torres, este trabalhador infatigavel, que tão dedicadamente se tem occupado da cura dos infelizes portadores da molestia que o procuram, vindos de todas as partes do nosso Estado, na sua recentissima publicação (2) sobre o methodo mais pratico de applicação do tartaro emetico na cura da leishmaniose, descreve o

(1) Dr. Augusto Gonçalves de Castro Cerqueira—*Da Leishmaniose Tegumentar*—These de doutoramento.—Bahia—1914.

(2) Dr. Octavio Torres—*Methodo pratico do tratamento da leishmaniose pelo tartaro emetico*.—Bahia—1916.

seu processo de preparação da solução a ser empregada e dá todas as indicações precisas, com uma invejável clareza, procurando mesmo fazer-o para que a acção therapeutica de tão util medicamento seja por todos aproveitada, não só na Capital como especialmente pelos collegas do interior, onde tal emprego não poderá constituir uma especialidade, mas onde a sua applicação deverá espalhar-se com intensidade e presteza iguaes áquellas com que se vae alastrando o terrível morbo.

Só assim poderão os desgraçados individuos victimados pela leishmaniose encontrar um allivio immediato para os seus males, evitando-lhes os estragos e destruições de partes importantissimas do seu organismo, muitas vezes tão graves que os podem mutilar de modo definitivo e collocar em condições de completa invalidez, além do facto de, como diz o Dr. Torres, "lhes evitar uma longa e dispendiosa viagem, quando podiam ser tratados no proprio lugar onde contrahiram a molestia com dispendio muito pequeno".

Não se trata de molestia nova entre nós ; alguns casos conhecemos, cuja origem data de vinte annos, lembrando-me por exemplo no momento de um doente que ha pouco tempo me foi remettido á clinica pelo illustrado Prof. Clementino Fraga e que soffre ha trinta e cinco annos de accessos de asthma, tendo-me sido facil verificar como ponto de partida dos referidos accessos a sua mucosa nasal, chronicamente inflammada, coberta de pequenas granulacões, sem entretanto lesão alguma de destruição de qualquer porção do nariz e tudo isto causado pela leishmaniose, cuja irrupção se fizera no seu organismo cerca de um anno antes do inicio do soffrimento nasal, por uma lesão cutanea cuja cicatriz ainda hoje é bem visivel sobre a face anterior da perna direita.

Foi o meu prezado mestre Dr. Alexandre Cerqueira,

professor jubilado da nossa Faculdade de Medicina, quem primeiro me chamou a atenção na Bahia, para tal natureza de lesões, as quaes vêm merecendo os cuidados de sua observação desde 1885, conforme teve occasião de dizer em memoravel sessão da Sociedade Medica dos Hospitaes.

Tendo observado as manifestações para o lado das mucosas, cuja importancia e excepcional gravidade muito lhe impressionavam, procurou distinguil-as da syphilis, lupus, etc., e, identificando-as ás lesões cutaneas, deu-lhes a denominação de *botão de Biskra das mucosas*.

A primeira publicação feita entre nós sobre tão relevante assumpto devemos ao Prof. Juliano Moreira, que em 1895 escreveu para os Annaes da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia interessante artigo no qual procura mostrar a semelhança dos caracteres clinicos das lesões observadas e aquellas resultantes do botão do Oriente.

Mais tarde, o Prof. Adeodato de Souza, em these inaugural, estudou tambem a molestia e procurou aclarar a sua etiologia, confirmando plenamente o juizo dos Profs. Juliano e Alexandre Cerqueira.

Nos ultimos cinco annos, assumiram então estes estudos entre nós um novo aspecto, após os trabalhos do illustrado professor de parasitologia da nossa Faculdade, Dr. Pirajá da Silva, o qual conseguiu encontrar nas suas pesquisas de laboratorio—a leishmania em doentes do nosso hospital, tendo sido tambem elle, ao que me consta, o primeiro a empregar na Bahia, as injeções de tartaro emetico na cura da leishmaniose, aproveitando a descoberta de Gaspar Vianna e confirmando em nosso meio as duas notaveis descobertas que tão grandes beneficios vieram trazer aos individuos que vivem em nossos tropicos e que ahi se encontram sujeitos aos ataques da leishmaniose, a primeira permittindo o conhecimento do organismo respon-

savel pela sua producção e a segunda estabelecendo o seu tratamento.

Não ficaram ali os trabalhos do Prof. Pirajá da Silva.

O denodado pesquisador procurou tambem descrever a distribuição geographica da leishmaniose em nosso Estado e transportou-se para isso a differentes zonas onde lhe foi facil descobrir verdadeiros focos endemicos da molestia.

Esta distribuição hoje, a meu ver, se pode muito bem fazer, dizendo que se encontra a molestia espalhada por todo o Estado, desde a sua Capital até os pontos mais afastados, porque oriundos de todas as partes tenho visto e tratado individuos atacados pelo mal, sendo que, ultimamente, me foi dado observar um caso, vindo das visinhanças do Estado de Goyaz.

Ha entretanto uma zona donde mais frequentemente nos têm chegado os doentes e esta é a da visinhança da Estrada de Ferro de Nazareth.

Na Capital existe incontestavelmente uma zona suburbana onde muito mais frequentemente são encontrados os doentes, esta zona vae de Brotas a Itapoan e nella existem os casos de leishmaniose com abundancia tão notavel que a residencia em tal lugar constitue um factor diagnostico de importancia em certos casos.

Esta zona tende sempre a extender-se, servindo mesmo de ponto de partida para a propagação que se poderá manifestar em ponto muito distante.

Ainda ha poucos dias, examinando um doente do Dr. Octavio Torres, soube ser o mesmo residente na ilha de Itaparica e não conhecendo até então nenhum caso proveniente dessa localidade, procurei indagar de outro qualquer ponto onde tivesse residido o paciente e cheguei á verificação de que jamais residira em outro lugar, mas a sua esposa se havia demorado por algum tempo na Ca-

pital, habitando as vizinhanças de Itapoan e ahi adquirira a molestia, depois do que voltara a Itaparica, onde contaminara o seu marido.

Não sei bem explicar o modo por que se ha de ter produzido esta contaminação; é esse um problema ainda não resolvido de modo definitivo, existindo diversas opiniões, a respeito das quaes nada direi, a não ser que tudo faz crer realmente na transmissão a custa de um organismo vehiculador, um insecto, cuja variedade ainda não está bem conhecida.

O Dr. Adolpho Lutz, em visita feita á nossa Cidade no anno de 1911, encontrou, segundo tive occasião de ler na these do Dr. Augusto Cerqueira, na zona da Matta Escura, onde muitos frequentes são os casos de leishmaniose, e perto da casa de um doente, o *maruim* ou *berigui*, insecto cujo nome scientifico é *phlebotomus Rhondani*, o qual, na opinião do referido auctor, parece exercer papel importante na transmissão da molestia.

Facto perfeitamente observado por todos nós na Bahia: é que pouca importancia têm como factores etiologicos da molestia as questões de raça, de sexo e de idade. O que, porém, nenhuma duvida offerece é a observação de que as condições sociaes de cada individuo influem poderosamente.

Conheço, é verdade, casos de leishmaniose em pessoas da mais alta esphera social, mas estas são incontestavelmente em muito menor numero do que aquelles observados em individuos de condições de vida inferiores, mais expostos ás possibilidades da inoculação, menos affeitos aos cuidados de hygiene do corpo e sobretudo mais descuidados: no que diz respeito á lucta contra as primeiras manifestações do mal, permittindo que as suas lesões adquiram maior intensidade do que aquellas que desde o principio recebem um tratamento apropriado.

Pela estatística por mim organizada, de Janeiro do corrente anno até hoje, 30 de Junho de 1916, na clinica hospitalar e no consultorio, se pode ver a differença consideravel verificada na frequencia dos casos, como tambem encontrei relativamente á gravidade de cada um, quando se trata de doentes que procuram o hospital e quando as suas condições lhe permitem o exame e tratamento na clinica particular.

Ao passo que nos doentes de nariz, garganta e ouvidos examinados no hospital encontrei cerca de 10 % de individuos atacados pela leishmaniose, nos doentes do consultorio apenas encontrei uma porcentagem de 2 %.

Não me deterei na descripção do parasita, nem tão pouco na das lesões anatomico pathologicas causadas pelo mesmo.

Direi somente que as leishmanias têm sido muito frequentemente encontradas nos doentes entre nós observados, deixando porém de o ser em varios casos da mesma origem, mas onde condições especiaes têm tornado a verificação microscopica difficil e até impossivel, mesmo quando pesquisadas com a maxima pericia, como tem acontecido em alguns casos do Prof. Pirajá da Silva e do Dr. Octavio Torres.

O Dr. Augusto Cerqueira traz em sua these o resultado das suas observações no que diz respeito á estrutura histologica das lesões cutaneas e mucosas, salientando o valor das preparações realizadas pelo Prof. Leoncio Pinto.

Trata igualmente da formula hemoleucocytaria encontrada nos seus doentes e da reacção de Wassermann,—a qual diz ter encontrado positiva em 20 % dos casos observados e provavelmente isentos de syphilis, facto esse admitido por alguns, mas contestado por outros auctores.

Quanto a symptomatologia da molestia entre nós, esta é mais ou menos a mesma observada em toda a parte, mas

eu desejo fazer referencias a certas manifestações e localizações raras e curiosas, sobretudo no que diz respeito ás lesões das mucosas, as quaes, como especialista que sou em oto-rhino-laryngologia, mais de perto por mim têm sido observadas, bem como gritar o mais alto que me fôr permitido pelos meus collegas, chamando-lhes a attenção para a gravidade excepcional de certas lesões, cujo prognostico *quoad vitam* e *quoad functionem*, é algumas vezes, conforme mostrarei, o mais tetrico possível.

Começo citando o caso observado pelo Dr. Octavio Torres e cuja descripção foi pelo mesmo feita á Sociedade Medica dos Hospitaes, em sessão de 16 de Abril do corrente anno, o qual, por uma gentileza do meu collega, tive oppor-tunidade de examinar, transmittindo-lhe a minha impressão como rhinologista em poucas linhas que pelo mesmo foram lidas perante a Sociedade e que para aqui transcrevo, dada a sua importancia:

“D. Emilia C.—branca, natural deste Estado e residente em Santo Antonio de Jesus.

Encontra-se no meio da face um orificio elyptico de 5 centimetros de altura por 3 de largura, no diametro mais largo, correspondendo á antiga pyramide nasal, a qual se encontra quasi totalmente destruida, existindo apenas pendente sobre o labio superior o resto do lobulo nasal e do lado esquerdo uma pequena porção do revestimento cutaneo da aza do nariz, a qual, adherindo ou reunindo-se ao resto do lobulo, já descripto, concorre para a formação de um orificio que deve corresponder á antiga narina esquerda fortemente atresiada.

Afastando-se o lobulo, consegue-se descobrir a arcada dentaria do maxillar superior, no espaço que vae do canino direito ao seu homonimo do lado opposto, cuajs raizes se encontram a descoberto. Perda dos incisivos.

Examinando a apophyse palatina do maxillar superior,

vê-se um orificio de forma oval correspondendo a uma porção destruida do osso e attingindo cerca de dois terços da extensão da mesma apophyse até perto da união com o osso palatino.

Este orificio permite a visão clara da cavidade buccal e é momentaneamente obturado pela lingua. No resto do assoalho do nariz nada mais se encontra de notvel a não ser a inflamação e algumas crostas que ahi se depositam.

Destruição total do septo, vendo-se ao nivel da parede superior da cavidade nazal (reduzida a uma) a lamina crivada do ethmoide revestida das partes molles. As paredes lateraes do nariz deixam ver a completa destruição dos cartuchos inferiores, percebendo-se claramente os orificios inferiores dos canaes lacrymo-nasaes anteriormente e posteriormente os orificios das trompas de Eustachio. Os cartuchos medios estão conservados, notando-se claramente o meato medio e a região do infundibulum e o ostium maxillar de ambos os lados.

A parede posterior do rhino-pharynge apresenta-se inflammada e coberta de crostas, extendendo-se as lesões pela parede posterior do pharynge medio e do pharynge inferior até a entrada do larynge, onde encontramos intacta a epiglote e inflammada a mucosa de revestimento das cartilagens arytenoides.

Exteriormente as lesões extendiam-se pela pelle até as regiões malares e gennianas, encontrando-se já em via de cicatrização.

Encontra-se igualmente um ligeiro ectropion da palpebra inferior do lado direito, na região correspondente ao canto interno do olho, com reviramento do orificio lacrymal consecutivo á cicatrização de uma lesão que ahi existiu. Lacrymejamento e catarrho chronico das conjunctivas, lesões de keratite sobretudo accentuadas no olho esquerdo, onde attingem a um sector de fórmula mais ou menos

triangular, correspondente ao meridiano obliquo da cornea na direcção infero-externa.

Além destas, encontra-se uma outra zona central correspondente ao orificio pupillar.

As membranas dos tympanos encontram-se recalçadas, com obscurecimento do triangulo luminoso e saliencia do cabo do martello.”

São dignas de nota neste caso, além das lesões de destruição verificadas, aquellas que são encontradas para o lado dos olhos, não só as perturbações superficiaes da conjunctiva, como e especialmente as lesões corneanas, de keratite, graves, que muito notavelmente complicam o mesmo caso pelos effeitos sobre o orgão visual, diminuindo accentuadamente a visão.

Em outros doentes tenho encontrado lesões oculares, attingindo as palpebras e a conjunctiva, mas é preciso notar que estas com muita facilidade poderão provocar em todo o globo alterações de maior gravidade e portanto não será para extranhar, como complicação da leishmaniose, a cegueira completa.

Os ouvidos e, consequentemente, a audição tambem graves ataques têm soffrido em doentes por mim observados, alterações resultantes das lesões localizadas no nariz e naso pharynge, como tambem de outras encontradas no proprio orgão.

Resumidamente, retiro do meu registro clinico uma observação que muito servirá para mostrar o quanto de grave pode haver no que diz respeito a perturbações da audição em certos casos de leishmaniose:

Obs. XI.—A. M. B., 32 annos, branco, solteiro, natural da Bahia, lavrador em Feira de Sant'Anna.

Apresentou-se á clinica em 27 de Agosto de 1915, com lesões cutaneas do labio superior das narinas, as quaes se encontram fortemente atresiadas; destruição do sub septo.

Lesões cicatriciaes da parede posterior do pharynge. Atresia dos orificios inferiores dos canaes lacrymaes, em consequencia da qual soffre o paciente de constante lacrymejamento. Destruição das membranas do tympano e lesões das paredes das caixas do tympano, seguidas de abundante otorrhéa chronica, com necrose provavel dos ossinhos, abolição quasi completa da audição.

Outras observações além desta poderia citar e só não faço para não alongar de mais o meu trabalho e tambem porque bem convencido estou de que a citação feita bastará para evidenciar a gravidade das lesões dos ouvidos, conhecidos como são de todos os perigos da otorrhéa chronica acompanhada de alterações tão profundas das paredes da caixa, bem como dos soffrimentos e desastres causados pela surdez.

Não menos serias são as perturbações que tenho verificado para o lado do larynge e da trachea e mesmo dos bronchios, todas ellas influindo notavelmente sobre o funcionamento das differentes partes atacadas, ora *difficultando* ou impossibilitando a voz, ora tornando mais accentuados so seus effeitos no sentido de *difficultar* ou impossibilitar a passagem do ar, a respiração.

Em dois casos fui já obrigado a praticar a tracheotomia, para salvar os doentes de uma morte por asphyxia; um delles, actualmente sob os proficientes cuidados do Dr. Octavio Torres, ainda hoje vive á custa do ar que lhe é permittido respirar atravez da canula introduzida na trachéa, em porção bem afastada do larynge, ha cerca de dois annos; o outro, comquanto tivesse conseguido escapar de uma formidavel crise de verdadeira apnéa, no meio da qual foi trazido á sala de operações, e que me obrigou a uma tracheotomia feita num só tempo, veio a fallêcer dias depois, em consequencia de lesões da mais excepcional gra-

vidade espalhadas por toda a sua arvore respiratoria e que não tardaram em provocar a gangrena pulmonar.

Outros casos tenho encontrado para os quaes tenho sido obrigado a tudo preparar para uma tracheotomia, á menor aggravação dos symptomas apresentados, mas com prazer tenho visto que esta poderá ser evitada, graças á acção do tartaro emetico.

O esophago tambem pode soffrer ; as lesões pharyngolaryngéas podem se estender até as suas paredes, alterando-as de forma a muito difficil tornar-se a deglutição, não só pela dôr que isso poderá provocar, como tambem, em periodo mais adiantado da molestia, pela esteñose do canal esophagiano, resultante de uma cicatrização viciosa, offerecendo um obstaculo por vezes inveçavel á passagem do alimento.

Um caso observei, da clinica do Dr. Octavio Torres, no qual pratiquei a dilatação por, meio de sondas, de esteñose verificada na entrada do esophago, sem resultado apreciavel, permanecendo infelizmente para o doente a quasi completa impossibilidade na ingestão de seus alimentos, em virtude da qual muito notavelmente veio a soffrer o seu estado geral, tuberculizando-se o paciente e obrigando-o a, desesperançado, exigir a sua retirada do hospital, sem que me tivesse sido possivel realizar a operação de gastrostomia, que, de accordo com o Dr. Octavio Torres, julguei poder servir para minorar os seus soffrimentos.

Um caso curioso, do qual não devo deixar de fazer aqui algumas referencias, foi aquelle observado pelo meu distincto amigo e assistente honorario da clinica otorhinolaryngologica Dr. Diniz Borges.

Tratava-se de um menino de 8 annos de idade, portador de lesões cutaneas e mucosas da leishmaniose, cujos antecedentes, bem como o exame detalhado e minucioso do organismo, não podiam fazer acreditar em que se tratasse:

de um heredo syphilitico, mas que, ao lado das lesões apontadas, accusava,, de accordo com as informações prestadas pela pessoa que o acompanhara á clinica, ataques frequentes, que muito impressionavam aos seus parentes e que somente foram observados algum tempo depois do apparecimento da molestia do nariz para cujo tratamento recorerá ao hospital.

Estes ataques, conforme verificou o Dr. Borges, eram verdadeiras crises epileptiformes, que se succediam com pequenos intervallos, especialmente após as primeiras injeções de tartaro emetico, tendo se manifestado algumas vezes á sahida do doente do hospital, minutos depois da injeção.

Nem por isso foram as injeções interrompidas, nem mesmo pensou o Dr. Borges em diminuir a dose do medicamento injectado, que era pro dia de 0,06 centigrammas.

Assim resolveu elle porque desde logo acreditou em que podesse haver uma ligação estreita entre a molestia de que tratava o seu doente e as perturbações que o mesmo manifestava para o lado do seu systema nervoso e realmente outra hypothese não parece aceitavel, porque, além das informações já prestadas relativamente ao caso, teve o Dr. Diniz Borges a confirmação, pode-se dizer, do seu modo de pensar, assistindo, como realmente assistiu, com a continuação do tratamento, á cura completa das lesões tegumentares, ao mesmo tempo em que menos frequentes se tornavam as crises epileptiformes, vindo desaparecer completamente, não tendo sido empregada medicação alguma outra, a não ser o tartaro emetico por via intravenosa.

Nutro a esperança de que a descripção rapida que acabo de fazer de certas manifestações mais graves e mais raras de leishmaniose observadas nestes ultimos annos na Bahia, muito servirá para evidenciar o quanto pode haver

de variável nas suas manifestações e o quanto de interesse deverá despertar em todos os médicos bahianos a observação de tão seria molestia, não sendo para desprezar a idéa já emitida por outros collegas da criação, por parte do Governo do Estado, de um meio effizaz de lucta contra a propagação do mal, representando, ao contrario, semelhante idéa um sabio conselho de economia, que poderá evitar em todo o Estado um grande flagello, mutilador de energias, responsavel pela diminuição de sua capacidade productiva, com a inação de grande quantidade de individuos inuteis para o trabalho.

Para terminar, vou tambem apontar aquillo que de meus especial se tem realizado na Bahia, de referencia ao tratamento da leishmaniose.

Aproveitando a descoberta de Gaspar Vianna, têm os nossos collegas empregado, com os cuidados indispensaveis para tal fim, as injeções de tartaro emetico.

Estas têm sido feitas em numero já bastante consideravel, sem provocar accidentes graves, tendo variado o modo de preparação e o titulo das diluições, que, segundo diz o Dr. Octavio Torres, deve ser a 3 c. °|c, mas opinando de ser o mesmo elevado a 4 c|°.

O Dr. Diniz Borges, que tambem já tem empregado em notavel numero de doentes, aconselha, depois dos ensaios que fez, a solução de 3 °|°.

A questão das doses tambem tem preocupado aos nossos observadores, mas em geral varia, de accordo com a tolerancia apresentada pelo doente, já tendo sido em alguns casos attingida a dose de 18 centigrammos de 2 em 2 dias, sendo que foi essa a dose empregada pelo Dr. Diniz Borges em doente atacado de leseões gravissimas do larynge, complicads de estenose consideravel do orgão, e que, tendo produzido optimos resultados, livraram o paciente de uma operação de tracheotomia que parecia indispensavel.

O Dr. Torres aconselha hoje que se empreguem doses fracas no inicio, para conhecer da tolerancia do organismo e, uma vez a mesma verificada, manda que sejam as doses elevadas e assim repetidas, até que as melhoras se tornem manifestas ou appareçam os phenomenos de intolerancia, descendo em seguida a doses mais fracas.

As injeccões de tartaro têm sido applicadas entre nós em crianças de idade relativamente tenra e tambem em mulheres gravidas, em differentes épocas da gravidez, sem inconvenientes.

Para combater certos accidentes que se manifestam algumas vezes logo após as injeccões, aconselha o Dr. Augusto Cerqueira a ingestão de V gottas de solução de adrenalina a 1 ‰ em 15 grammas d'água e todos aquelles que têm usado de semelhante medicação elogiam francamente os seus effeitos.

Contra as dores rheumatoides, de que se queixam muito frequentemente os doentes, tem sido entre nós empregado o decocto e a infusão de cactus mandacará (cactus grandiflora).

Ultimamente tem o Dr. Torres empregado em alguns casos de sua clinica o novo preparado do Dr. Astrogildo Machado, conhecido pelo nome de Protosan e, muito satisfeito com os resultados obtidos, julga-o superior ao tartaro, por isso que, podendo ser tolerado por individuos incapazes de supportar uma dose um pouco mais consideravel de tartaro emetico, manifesta tambem a sua acção mais energica, a ponto de fazer melhorar doentes cujas lesões difficilmente obedeciam ao emprego do tartaro, tanto que por elle já tinham sido classificados como tartaro resistentes.

Eis, em resumo, o que de mais notavel se tem observado na Bahia e o que ahi se tem procurado fazer para dar combate á leishmaniose.

Bahia—Outubro de 1916.

Tuberculose Infantil

PELO

Prof. A. Ferreira de Magalhães

Tuberculose, peste maior que qualquer outra, por isto que endêmica e mundial, muito bem te qualificaram de peste da civilização e peste moderna, porque com a civilização e nos tempos modernos enormemente te vaes desenvolvendo de modo assustador, *peste branca*, peior que a peste negra em cifra global de aniquilados atravez dos seculos.

Tuberculose, até o nome, repudiado, inspira receio a muitos pronunciar, o que é sempre prejudicial, porque para combater o mal é necessario apontal-o com franqueza, encaral-o de frente.

Tuberculose... na infancia?

“Qual, não creio, o Doutor está com a mania de enxergar tuberculose em todos” (A).

“Mas, é impossível!... Não, não, Doutor, meu filho não é tuberculoso. Nós pertencemos a uma familia robusta, temos uma saúde de ferro. Porque meu filho seria tuberculoso? Olhe-o bem. Ellé tem apparencia disto?” (Prof. Combe, de Lausanne).

* * *

Tuberculose, infancia, parece realmente que se deveriam oppor como antagonicas. Aquella desenvolvendo o aniquilamento, esta creando o desenvolvimento do homem, como é possivel conciliarem-se! Entretanto é um facto, que

attestam o saber e a observação de scientists de nomeada, a extrema frequencia da tuberculose infantil.

Attestam-na, entre os modernos, os notaveis trabalhos do Professor Landouzy.

Sobre a morbidez por tuberculose, o Professor Combes, de Lausanne, nos informa ser ella de 5 ‰ no 1.º anno, 14 ‰ no segundo, 33 ‰ no terceiro, 38 ‰ no quarto, 51 ‰ no quinto, 65 ‰ (no campo) a 85 a 98 ‰ (nas grandes cidades) no momento da adolescencia.

Aliás, esta frequencia da tuberculose infantil não é facto que somente agora se tenha verificado.

As estatisticas de Tonnelé, Papavoine, Rilliet e Barthez já tornavam-no saliente: 58 ‰. O mesmo confirmaram as autopsias de Schwer, Boltz, Simon (de Nancy).

Verificações semelhantes realizaram a experiencia de Hamburger e Sluka, as autopsias de Burckhardt.

As cifras de 43 ‰ (Barbier et Baudon), 40 ‰, 38 ‰, encontram-se a cada passo indicadas. Apoiam estas opiniões os especialistas geralmente conhecidos: West e Bouchut, C. de Gassecourt e Baginsky, Simon e Comby, Grancher, Aviragnet, Pfaundler e Schlossmann...

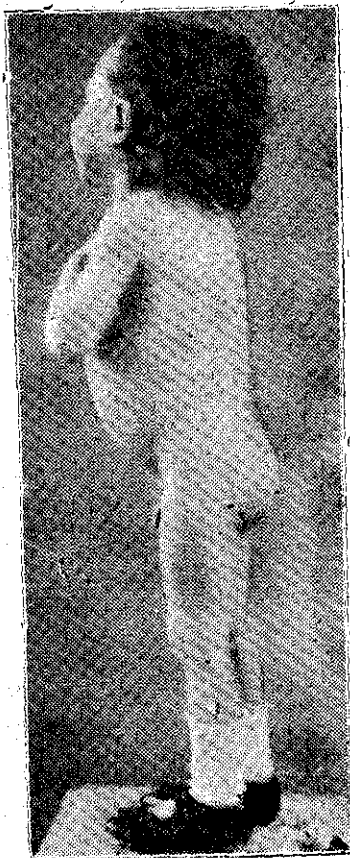
Nenhuma duvida, por conseguinte, existe hoje sobre a frequencia da tuberculose na infancia, frequencia tal que, no dizer do Professor Combes, o pediatra “não pode fazer um diagnostico sem tel-a no pensamento”.

Relativamente á idade da criança é que se notam differenças. Rilliet e Barthez accusam o maximo de frequencia entre os 6 e 10 annos; entre os 5 e os 14 verificou Burchkardt 87 ‰ contra 28 ‰ entre 1 e 5 annos, 68 ‰ de 14 a 18 annos.

Relativamente á segunda e á terceira infancia não ha discrepancia de opiniões, é o periodo de maior frequencia.

No que tange, porém, á pequena infancia (0 a 2 annos), phase mais natural de todas da infancia, tanto

assim que, como observa Marfan, na maior parte das linguas, ha um vocabulo especial para represental-a (*nourrisson*—em francez, *infant*—em inglez, *saugling*—em allemão, *popante*—em italiano, *niño de pecho*—em hespanhol,



1. - Doente de mal de Pott, dorsal superior.

menino de peito—em portuguez), indiscutivel a frequencia depois de um anno, tem sido ella motivo de polemicas e duvidas antes deste termo.

Parece averiguada a plausibilidade da opinião, que constitue a these da maioria: antes dos 3 mezes a tuberculose é excepcional, entretanto possível (0,9 ‰—Küss), dos 3 mezes a 1 anno menos rara (10 ‰—Küss), parecendo, neste segundo periodo, mais frequente a partir do 8.º mez.

Apesar de serem encontradas affirmativas da existencia de tuberculosos congenitas, opinião sobretudo pleiteada por Baumgarten, e contra a qual não se podem levantar os conhecimentos theoricos presentemente adquiridos, facto é que as reacções de Pirquet e de Mantoux tendo sido *sempre negativas no recém-nascido* e sendo conhecidos apenas dois casos averiguados de lesões tuberculosas em nati-mortos autopsiados (1 de Baumgarten e 1 de Schnorl), é razoavel pensar que a tuberculose congenita não tem pelo menos importancia pratica.

Neste ponto confesso a minha particular incredulidade na tuberculose congenita, aliás bem acompanhado (Brouardel, Combes...), aceitando o contagio, desde o nascimento, como a causa real da infecção bacillar. Muitas razões militam em favor deste sentir, que não vêm aqui a proposito analysar.

Em resumo, a infancia é com frequencia, menor ou maior segundo o periodo do seu desenvolvimento, acometida pelo bacillo da tuberculose e vencida por elle. O que vale é que a bacillose de Koch, exceptuados os casos (raros) em recém-nascidos (condição de excessiva gravidade), manifesta-se com um prognostico relativamente benigno, reconhecido em todo o caso infinitamente menos grave que o da bacillose do adulto.

* * *

Multiplas e variadas questões se prendem ao assumpto da tuberculose, e maiores ainda, mais interessantes, em se tratando da tuberculose infantil.

Em regra, os inqueritos bem dirigidos têm descoberto ser o contágio tuberculoso na criança antes da origem humana que de origem bovina. Em ordem de frequência encontra-se a maior efficacia da fonte contagiosa na mãe do menino, em uma irmã mais velha que a substitue e auxilia junto á criança, no pae ou em um irmão.

Não raro, sendo estes são da tuberculose, vão ser



2.— O mesmo doente 1 com o collete e minerva de gesso.

descobertos, vivendo na mesma casa, ou frequentando-a demoradamente, um avô, uma avó, um tio ou tia, velhos, sempre com uma *bronchite* ou um *catarrhão*, um *pigarro antigo e rebelde*, que bem podem ser tuberculosos, tornando-os por isto contagionantes.

Outras vezes serão pessoas novas (criados, aias, cosi-

nheiras) que tosem discreta, porém constantemente, e vivem no lar. Cuidado com ellas, assim como com as visitas nestas condições, com os passeios e permanencias das crianças em semelhantes companhias.

São estas as muitas oportunidades para o contagio.

* * *

Excepcional por via cutanea, na criança a penetração do germen tem logar por via mucosa: mucosa da arvore respiratoria, mucosa do aparelho digestivo.

Com o ar podem ser levadas ao contacto da mucosa da arvore rsepiratoria poeiras solidas (bacillos, v. g., vindos de escarros seccos) e poeiras liquidas (perdigotos, v. g., expellidos da bocca ou dos bronchios) infectuosas.

Inhaladas poeiras com bacillos de Koch, uma parte destes é retida pelos cilios vibrateis da mucosa, englobada pelo muco microbicide, que ella naturalmente secreta, e expellida; outra, porém, pode chegar até os alveolos do pulmão, onde faltam semelhantes meios de defesa, fixando-se, alli, de onde, em seguida, atravessando a mucosa, vae penetrar nos canaes lymphaticos, cujo caminho percorrem os bacillos sem difficuldades até a presença dos ganglios lymphaticos, onde a lucta será organizada, effectuada entre os microbios invasores e os phagocytos de defesa. Esta a explicação clara da frequencia da localização da tuberculose infantil nos ganglios tracheo-bronchicos (85 %).

Este o modo de ser adquirida a infecção, *por inalação*, em contraposição á forma chamada na Allemanha de —*tuberculose de deglutição*—, na Suissa—*tuberculose de ingestão*—(por Combe).

Nesta forma o germen é ingerido com o leite de vacca ou com a saliva.

Foi uma celeuma extraordinaria a que provocou entre os profissionaes a declaração de Koch no “Congresso da

tuberculose”, de Londres, sobre a não transmissibilidade da tuberculose bovina ao homem.

Do estudo das commissões, uma allemã e outra ingleza, encarregadas de tirar a limpo a questão, bem assim das verificações do Prof. Beitzke, de Lausanne, já é permittido



3 — Doente de mal de Pott, dorsal, com o collete de gesso e janella para a compressão algodoadá gradual.

tirar a conclusão de não ser exacto pretender que o bacillo da tuberculose bovina não possa determinar a tuberculose humana.

Com isto foi ainda verificado ser a transmissibilidade da tuberculose de origem bovina representada apenas por 1|10 dos casos, sendo 9|10 destes de origem humana, no-

tando-se que taes casos se encontram exclusivamnete abaixo dos 15 annos, observada a grande maioria nos tres primeiros annos.

A tuberculose bovina, tuberculose quasi exclusivamente por ingestão, localiza-se em 90 % dos casos nas glandulas que cercam o tubo digestivo (glandulas lymphaticas do pescoço, glandulas mesentericas).

Em geral a infecção é local e benigna; por excepção produz-se bacilemia, a molestia generaliza-se, a morte é ecerta.

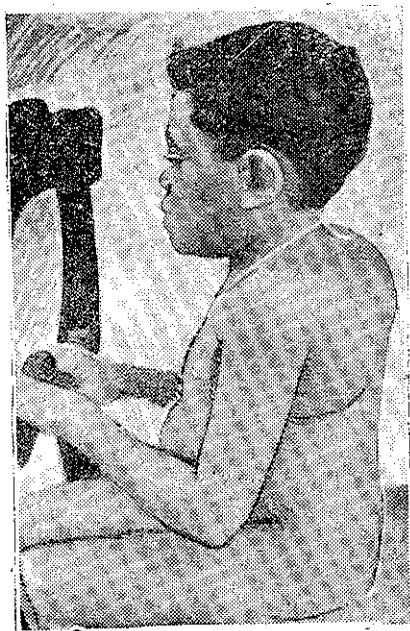
Muito mais serio é o perigo do contagio pelo bacillo da tuberculose humana, pois que elle é a causa da infecção tuberculosa da criança em 90 % dos casos.

A saliva é o seu vehiculo normal; é com ella que a criança o ingere. E quão variadas são as formas de chegarem taes bacillos á saliva dos pequenitos! Aqui são os beijos dos paes, beijos dos parentes, dos indifferentes, e até das moseas; alli são os dedos, infectados, que buscam si os dentes estão nas gengiva em via de sahir, ou levam a papa á bocca da criança, ou lhe são dados a chupar para não gritar; são os brinquedos que, dos armarios das lojas, de cima dos moveis, das mãos dos fabricantes e das pessoas da casa, vão para as mãos e para a bocca da criança, para o chão, voltam á bocca, podendo dest'arte infectarem-se, e conduzirem os bacillos á saliva.

Neste particular, em nosso meio, não devem passar sem menção especial os *queimados* (*balas*, tambem chamados) e as bonecas de panno, em cuja fabricação se empregam muito frequentemente velhotas de pelle pergaminhada, que tosem com frequencia, levando os dedos aos labios, voltando elles ao feitio dos queimados e das bonecas. Com estes queimados farão as crianças maiores garapas de saliva, que deglutirão; semelhantes bonecas vão ser levadas á bocca pelas crianças menores.

Não poderiam ser esquecidos os celeberrimos *consoladores* (chupêtas), quasi universalmente condemnados por motivos varios, inclusive o que nos occupa neste momento, motivos todos justissimos e facilmente comprehensíveis.

Nem será possível rehabilital-os a defesa, que lhes faz Pfaundler, a titulo de facilitarem pela sucção a secrecção



4.—Doente de mal de Pott, dorsal superior, com paraplegia pelvica.

da saliva e do succo gastrico, até porque será esta mesma saliva o vehiculo a propiciar a ingestão dos bacillos, além de que tal vantagem, quando mesmo precisa, seria insignificante em face dos varios perigos de infecção e das deformações das arcadas dentarias, da abobada palatina, dos labios, etc., que semelhantes artefactos determinam.

As crianças, que se deixam andar de gatinhas, com as

mãos pelo chão, levam-nas depois á bocca. No chão quantas poeiras, ellas podem apanhar! Sobre os dedos dos pequenos, em taes condições, demonstraram Dieudonné Preisich e Schecz a existencia de bacillos de Koch. Não são palavaras, são factos que provam estas asseverações. Justamente dos oito mezes em diante é que a tuberculose se mostra mais frequente na primeira infancia.

Os meninos maiores que amam os divertimentos e jogos, muitos dos quaes os levam a pôr as mãos no chão, para apanhar, v. g., a bola ou peteca quando cahem, si conservam ainda o máo habito de chupar os dedos, si roem as unhas (*onychophagos*), ou si aprehendem e levam á bocca alimentos e guloseimas, sem aciearem as mãos previamente, sujeitam-se do mesmo modo a ingerir com a saliva o bacillo tuberculoso, que porventura adquirissem no contacto com o solo contaminado.

* * *

Dos bacillos deglutidos com a saliva varios são os destinos: uns, aproveitando as erosões dentarias penetram por ellas e, marchando pelas vias lymphaticas, vão ter aos ganglios submaxillares; outros, penetrando pelas amygdalas nos lymphaticos, vão esbarrar nos ganglios retromaxillares; finalmente outros, atravessando pelo pharynge, vão alojar-se nos ganglios da nuca. Dest'arte manifestam-se os infarctos destes ganglios, a escrofula, em 10 % dos casos de infecção tuberculosa na criança.

Convém, entretanto, notar que reresentam estes bacillos somente uma pequena parte, a minoria apenas dos bacillos da saliva, porquanto a maior porção delles, por deglutição, tem entrada no tubo gastro-intestinal, onde, atravessando a mucosa, os germens vão ter aos ganglios mesentericos, que infectam.

Manifesta-se dest'arte a localização mesenterica (tabes mesaraica, *carreau*), que se observa em 5 % dos casos.

Esta pequena frequencia da localização mesenterica, parecendo á primeira vista paradoxal, explica-se, entretanto, pelas condições e pela natureza do meio gastro-



5.—O mesmo doente 4, sobre a cadeira-sella, embaixo do suspensor de Sayre, depois da applicação do collete de gesso com minerva. Vê-se bem a paraplegia interior.

intestinal, habituado a defender-se contra a multiplicidade de microbios que o atravessam e encerrando constantemente varios fermentos que exercem acção destruidora sobre elles.

A principal via de infecção tuberculosa na infancia sendo a digestiva, constitue tambem assumpto digno de reparo a maior frequencia de localisação nos ganglios tracheo-bronchicos, problema difficil, que muito preoccupou os especialistas, resolvido pelas experiencias pacientes de Beitzke, confirmando-se com as de Uffenheimer.

E' por aspiração das gottinhas de saliva pela corrente inspiratoria que o facto se produz; mais raramente influe a inalação das poeiras infectuosas, seccas e humidas, que porventura fluctuam no ar que a criança respira.

* * *

A localização electiva da tuberculose infantil nos ganglios lymphaticos testemunha o papel protector que elles gosam, fazendo parar momentaneamente a infecção.

Infelizmente nem sempre é possivel aos ganglios aniquilar os bacillos e constituem-se então em focos onde estes conservam-se vivos e multiplicam-se. Aprisionados nos ganglios, acontece frequentemente que conseguem os germens escapar-lhes, e então a infecção tuberculosa invade toda a economia.

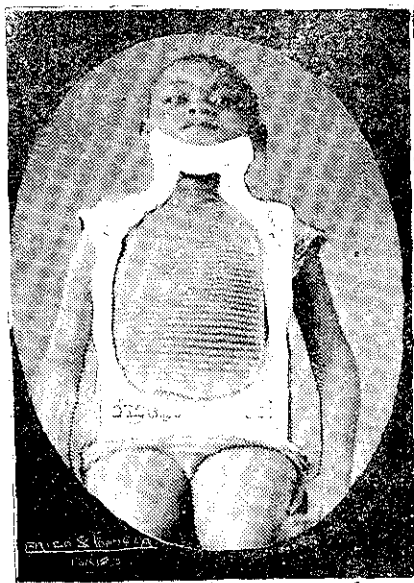
A esta invasão, quer por via sanguinea, quer por via lymphatica, offerece o organismo da criança um terreno de pequena resistencia, de modo que a tuberculose em latencia transforma-se facilmente, os pequenitos candidatos á tuberculose fazem-se tuberculosos patentes.

D'ahi a raridade de formas localizadas da tuberculose na infancia, a rapidez da sua diffusão, a razão de apresentar-se a bacillose de Koch sob aspectos generalizados, multiplos embora, que se podem reduzir a dois typos: tuberculose generalizada aguda e tuberculose generalizada chronica.

Tuberculose generalizada aguda, que se patenteia aqui sob a forma de uma meningite, de uma pneumonia caseosa

aguda do recém-nascido, allí de uma galopante phtisica, de granulia aguda, acolá de typhobacillose...

Tuberculose generalizada chronica, manifestada já sob as formas pulmonares (pneumonia caseosa, broncho-pneumonia, bronchites rebeldes), já sob as formas osseas



6.—O mesmo doente 4, quatro mezes depois, no segundo apparelho gëssado, muito melhorado.

e osteo-articular (mal de Pott, tumores brancos, coxites)...

E' manifesta a preferencia, verificada na clinica, da infecção bacillar pelos orgãos em estado de desenvolvimento, em actividade, em acto inicial de funcção.

* * *

D'entre as formas clinicas que a infecção pelo bacillo tuberculoso pode determinar na criança varias são do dominio da cirurgia infantil e da orthopédia.

Nas formas clinicas da tuberculose dita cirurgica o nome de tuberculosas locaes, que por muito tempo lhe foi applicado, perdeu sua razão de ser, salvo a hypothese da inoculação directa.

Quasi sempre as manifestações ditas cirurgicas nada mais são que aggressões locaes de uma infecção cuja origem é profunda, visceral (Broca). Segundo Billoth, 50 °/o, para Konig 79 °/o dos casos de tuberculose osteo-articular apresentam outras lesões especificas da mesma natureza.

Não admira por isto que se possam encontrar em um mesmo doentinho manifestações osteo-articulares multiplas ou a coincidencia de lesão desta natureza com a existencia de ganglios lymphaticos engorgitados, suppurados, fistulados, ou já cicatrizados, em regiões outras, a distancia menor ou maior da séde da osteo-arthritis especifica.

Certas molestias infectuosas podem facilitar o apparecimento das manifestações da tuberculose cirurgica, ou aggraval-as; bem reconhecido está, neste particular, o effeito manifesto do sarampão, em primeiro lugar, da coqueluche e da influenza, em segunda linha.

Problematico é o papel que costuma ser attribuido aos traumatismos, que nunca deixam de figurar na historia pregressa contada pelas mães.

Na diagnose de um caso de tuberculose cirurgica o problema pede duas soluções: 1ª., saber si o paciente é tuberculoso; 2ª., no caso affirmativo, verificar si a lesão que elle apresenta é de natureza tuberculosa.

Para conhecer da primeira solução dispõe o profissional de methodos clinicos e processos de gabinete; para agir bem ao encontro da segunda solução é preciso não esquecer que o individuo tuberculoso não está isempto de ter lesões de outra natureza.

Multiplas e variadas são as modalidades clínicas da tuberculose cirúrgica na infancia: synovites articulares e tendinosas, epiphysites, osteites da taboa dos ossos chatos (omoplata, osso coxal, malares, costellas...), dos ossos curtos (spínaventosa do metacarpianos, dos dedos...), da diaphyse dos ossos longos; osteo-arthrites em geral, e em



7.—O mesmo doente 4, dois annos depois, de pé, com um collete (de convalescença) de cellulóide.

particular gonites, coxites, tuberculose da espadua, do cotovello, do punho, das articulações tarso-tarsianas e tarso-metatarsianas, tuberculose das vertebraes (mal de Pott) em todas as regiões (cervical, dorsal, lombar, sacra), tuberculose dos órgãos genito-urinarios, tuberculose dos olhos, etc.

Collecção variadíssima de todas estas formas se nos deparou occasião de ver nas visitas que fizemos ás clinicas de Rollier, em Leysin, em 1913.

As adenites cervicaes, que por muito tempo constituiram formas do dominio puramente medico, passíveis de tratamento medico exclusivo, entraram depois a receber a intervenção do cirurgião em operações largas e sangrentas, hoje condemnadas e substituidas por methodos mais estheticos e conservadores (injecções fundentes, aspirações, injecções esclerosantes—Calot).

A frequencia das varias formas clinicas é muito variavel, algumas dellas são raramente encontradas na infancia.

Aqui, na Bahia, entre os clientes apresentados no “Dispensario Infantil” do “Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia”, de Maio de 1904 a 1916, os doentes do serviço “ambulatorio” e os da enfermaria especial do “Hospital Santa Isabel” a meu cargo desde Junho de 1911, em minha clinica civil, as formas mais frequentemente encontradas têm sido: adenite cervical, mal de Pott, coxite, gonite, rheumatismo de Poncet, osteite dos metatarsianos, *spina ventosa* dos dedos da mão.

Entre estas formas o maior numero de casos tem sido, na ordem de frequencia:

a) Adenite cervical (engorgitamentos indurados, supurados, fistulados).

b) Mal de Pott (em sua maioria da região dorsal).

c) Coxite (mais frequentemente no sexo feminino).

A nossa informação na Bahia está de accordo com o que tem sido notado em toda parte: menor frequencia na primeira infancia que na segunda e na terceira.

Na primeira infancia, de preferencia, as manifestações ganglionares têm sido encontradas; somente dois casos de mal de Pott e um de coxite lembramo-nos ter assistido nos

ultimos cinco annos (1911—1916) em crianças de 0 a 2 annos.

De ordinario os doentinhos são victimas destas formas clinicas na segunda e na terceira infancia.

Nos casos de mal de Pott a maior frequencia de loca-



8.—Doente de mal de Pott, lombar.

lisação temos visto ser nas vertebrae da região dorsal; vêm em seguida as da região lombar.

A coxite temos visto, de ordinario, em manifestação unilateral, entretanto já encontramos-a bilateral e acompanhada de tumor branco de um dos joelhos. Apenas uma.

vez se nos deparou oportunidade de encontral-a associada ao mal de Pott.

* * *

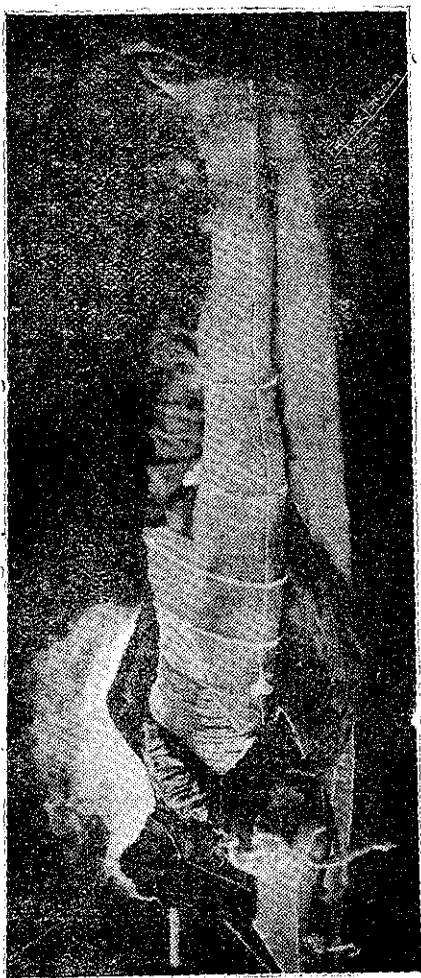
No que tange ao prognostico, talvez seja razoavel considerar o professor Kirmisson "banaes" as manifestações



9.—Caso de coxite tuberculosa. Doente em grande aparelho, com janella no alto da coxa para injeções intra-articulares.

osseas, profundas, isoladas; em geral curam-se, quando tratadas em tempo, e perseverantemente.

Infelizmente, o diagnostico precoce e o tratamento per-



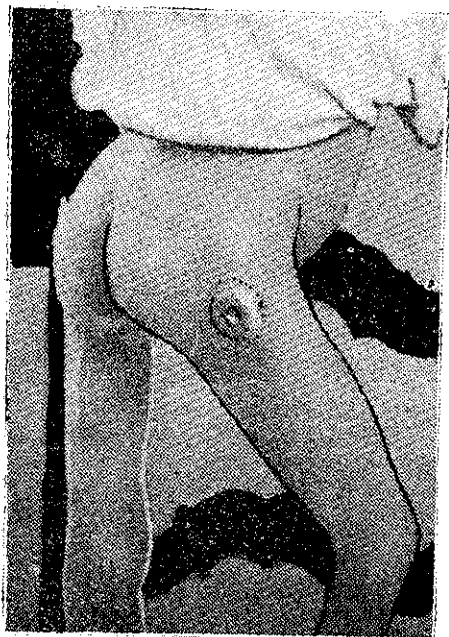
10. Doente de coxite tuberculosa, em grande aparelho gessado, bivalvo.

severante são dois mandamentos do hexalogo orthopedico de Calot muito pouco praticados.

Até este momento observamos o fallecimento de duas doentes de coxite tuberculosa: uma em consecuencia de manifestações mesentericas, outra que era um caso fistulado com degenerescencia visceral; de mal de Pott perdemos, no serviço do Hospital, um doente, caso suppurado, com varias fistulas na dobra inguino-crural, na face interna da coxa e nas regiões gluteas, com albuminuria e cachexia.

* * *

No intuito de curar as affecções desta especificidade, ao lado do tratamento geral hygienico (repouso, ar puro,



11. — Doente de coxite tuberculosa, suppurada e fistulada.

alimentação) e therapeutico medicamentoso (oleo de fígado de bacalhão, glycerophosphato de cal, iodo, xarope

de rábano iodado, phosphoro), têm sido empregados os tratamentos locais modernamente indicados: injeções fundentes, aspirações, e injeções esclerosantes, pasta cicatrizante, heliotherapia contra as adenites cervicais (pro-



12.—Doente de caxite tuberculosa, com escoliose estatica, symptomatica.

cesso conservador, de bellos resultados estheticos); collete gêssado e compressão algodoadá graduada, heliotherapia, contra a tuberculose vertebral; grandes aparelhos gêssados e injeções intra-articulares, extensão continua e helio-

therapia nos casos de coxite; heliotherapia em todas as manifestações outras, osseas e articulares.

Só temos que nos felicitar das applicações da heliotherapia, não obstante as difficuldades de executal-a, com todo o proveito de que é capaz, sem adaptações especiaes e na falta de enfermeiras adestradas, que possam permanecer ao lado dos doentes conservando-lhes as posições de correcção.

Os effeitos beneficos de tal emprego se manifestam claramente quer sobre o estado geral, quer sobre o estado local e as dores. Temol-o praticado de accordo com os preceitos e praxes do Dr. Rollier.

E' intento nosso dotar o "Hospital para crianças", que o "Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia" vae crear em Mont-Serrat, de galerias e solario que permittam praticar com todas as suas vantagens, conhecidas, as curas de sol e de ar marinho para os casos mencionados.

Não basta, entretanto, cuidar do tratamento da tuberculose infantil, mais que isto se faz necessaria a lucta por salvar as crianças, preservando-as do mal, prevenindo e evitando, para não haver necessidade de remediar.

As obras de preservação da infancia, como foram concebidas e praticadas por Grancher e seus dignos successores, carecem de todo o nosso apoio, de toda a nossa dedicação, do mais acendrado carinho, que ao mesmo tempo constitue acto de caridade e de patriotismo.

Bahia—Junho—1916.



NOTA.—As gravuras que illustram o presente artigo são todas de casos tratados no serviço da *Clinica Pediatrica Cirurgica e Orthopedica*, da Faculdade de Medicina, no Hospital Santa Izabel.

As Affecções Digestivas no Instituto de P. e A. á Infancia da Bahia

PELO

Prof. Martagão Gesteira

Como o titulo está a indicar, não se propõe o presente artigo a um estudo geral sobre as affecções gastro-intestinaes da 1.^a infancia, estudo que entretanto, apesar do muito sobre tal assumpto já escripto, não viria ainda agora fóra de proposito, não fosse senão com o fito de divulgar entre nós os trabalhos da escola allemã sobre a pathogenia dessas affecções e chamar a attenção dos nossos clinicos para o susibdio trazido ao diagnostico das dyspepsias infantis pela prova alimentar de Finkelstein e os recentes processos de exame chimico das fezes, codificados em methodo por Combe, de Lausanne.

Fiel, porém, ao plano combinado para o presente numero da *Gazeta*, fugiremos tanto quanto possivel ás dissertações de ordem geral, limitando-nos a algumas considerações que nos parecem interessantes para a nosographia bahiana e sugeridas pelo estudo dos casos de perturbações digestivas da 1.^a infancia, observados no ambulatorio do Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia.

Fôra, aliás, nossa primeira idéa escrevermos sobre as affecções gastro-intestinaes do lactante *na Bahia*, procurando estudar o papel que ellas representam na nossa mortalidade infantil, verificação que nos conste ainda não feita.

Para tal averiguação contavamos com os dados que supuzemos facil tarefa colhêr no Serviço de Estatistica do Estado, mas que infelizmente até hoje não conseguimos obter, apesar das promessas, no decurso de quase dous

mezes de constantes solicitações, multiplas vezes repetidas e outras tantas adiadas, não nos tendo mesmo sido permitido fazer pessoalmente ou mandar fazer por um dos nossos internos, aliás auxiliar do referido serviço, a colheita dos dados de que precisavamos!

Não nos desconsolaram, porém, os obstaculos que deparamos, até porque não seria de esperar que os dados colhidos no Serviço de Estatística, nos podessem dizer com segurança da frequencia entre nós dessas affecções, porque, como todas as estatisticas desse modo feitas, esta teria a lhe diminuir o rigor da exactidão, além da possibilidade e direi mesmo da frequencia dos erros de diagnostico, o facto do grande numero de creanças que entre nós morrem sem assistencia medica, casos nos quaes o medico que fornece o attestado não ha de affirmar sempre com exactidão a causa mortis, uma vez que, não tendo examinado o doente, não pode sobre ella fazer seguro juizo. Sobreleva mesmo notar que é principalmente no curso da primeira infancia que deve occorrer o maior numero de obitos sem assistencia medica. E' o que acontece pelo menos em outras cidades, razões não havendo para se julgar que a cousa aqui seja diversa. Em Dresden, por exemplo, um relatorio de Würzburger publicado por Schlossmann, mostra que de 8600 meninos de idade inferior a um anno, mortos de 1891 a 1896, para 4245, isto é, para 49,34 % faltava o attestado de obito, enquanto que sobre 12038 pessoas de 15 a 60 annos mortas no mesmo periodo de tempo o attestado faltava apenas em 238 casos, isto é, em 1,98 %.

Foi, pois, sem grande pesar que resolvemos limitar o nosso estudo a alguns commentarios feitos sobre os casos occorridos no Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia, alicerçando tambem em parte algumas das opiniões que teremos de emittir, sobre a observação exercida na nossa pratica civil e no serviço hospitalar.

O registo do Instituto accusa, em um periodo comprehendido de 16 de Maio de 1904, data do inicio do serviço ambulatorio, a 31 de Dezebroy de 1915, um total de 7961 consultas. Destas consultas 2050 foram dadas a creanças da 1.^a infancia (0 a 2 annos) dos quaes 634, ou sejam 30,92 %; soffriam de prturbações gastro-intestinaes, como se verá do seguinte quadro :

ANNOS	Numero de doentes de 0 a 2 annos	Casos de aff. gastro-int. de 0 a 2 annos	%	Numero total dos doentes no anno
1904	94	32	34,04	371
1905	357	83	23,25	1350
1906	257	81	31,51	1104
1907	75	20	26,66	360
1908	51	14	27,64	223
1909	65	17	26,15	265
1910	58	8	13,79	203
1911	110	35	51,81	450
1912	176	53	30,11	720
1913	149	54	36,24	641
1914	191	53	27,74	756
1915	467	184	39,61	1518
Total	2050	634	30,92%	7961

Pelo que ahi fica se vê que a morbidez por affecções gastro-intestinaes passa de muito a quarta parte das molestias em creanças de 0 a 2 annos, o que é impressionador, pois os que compulsam estatisticas, para verificarem os factores de morbidade e mortalidade infantil, têm-se mostrado alarmados com a verificação quando os casos de affecções digestivas passam o quarto ou o terço dos meninos de

o a 1 anno. E' o que acontece a Pfaundler e Schlossmann no seu tratado de Pediatria (84 casos sobre 235, isto é, mais de um terço). E' o que acontece ainda a Comby, e baste de citações, afirmando (*Alimentation et hygiène des enfants*) que "em 59 cidades francezas a mortalidade por diarrhéa passa o *quarto* de creanças de 0 a 1 anno; em 21 cidades ella passa o terço; em 12 cidades (Rouen, Havre, etc.) a metade.

Si bem que os Algarismos por nós verificados se referam apenas á morbidez, elles têm, para torna-los ainda mais assustadores, a circumstancia de que a apuração que fizemos abrangia creanças de 0 a 2 annos, uma vez que nos propuzemos a um estudo comprehendendo toda a pequena infancia. Fossemos nós apurar apenas as creanças de 0 a 1 anno, como geralmente se faz nas estatisticas destinadas a destacarem o papel das affecções gastro-intestinaes na pathologia do lactante, então teríamos uma percentagem de certo consideravelmente superior, a *passar talvez a metade*, porque aqui na Bahia, como aliás em toda a parte, as perturbações de tractus digestivo são no curso do primeiro anno e sobretudo nos dous primeiros trimestres, muitissimo mais frequentes do que no segundo anno, o que resalta bem do seguinte quadro organizado com os casos do Instituto:

		Media mensal
De 0 » 3 mezes.....	195	65
» 3 » 6 »	126	42
» 6 » 9 »	71	23,66
» 9 » 12 »	92	30,66
» 12 » 24 »	150	12,5

Esse predominio consideravel das affecções gastro-intestinaes na pathologia do lactante, verificado na clientela do Instituto, resae mais evidente se pozermos em paralelo essas affecções com as outras varias diagnosticados nos casos registados.

E' assim que dos 2050 apurados si exceptuarmos 61 para os quaes o diagnostico não vinha mencionado, os outros 1989 eram desse modo representados:

Affecções gastro-intestinaes.....	634
Verminose	62
Affecções respiratorias, não tuber.....	531
Tuberculose	25
Coqueluche	22
Gripe	38
Impaludismo	84
Heredo syphilis	24
* Outras molestias infectuosas	15
Affecções chirurgicas e cutaneas	188
Varias outras affecções	366

1989

E, melhor do que os algarismos, o graphico annexo (pag. 166), cuidadosamente organizado, torna apparente a preponderancia das affecções gastrô-intestinaes.

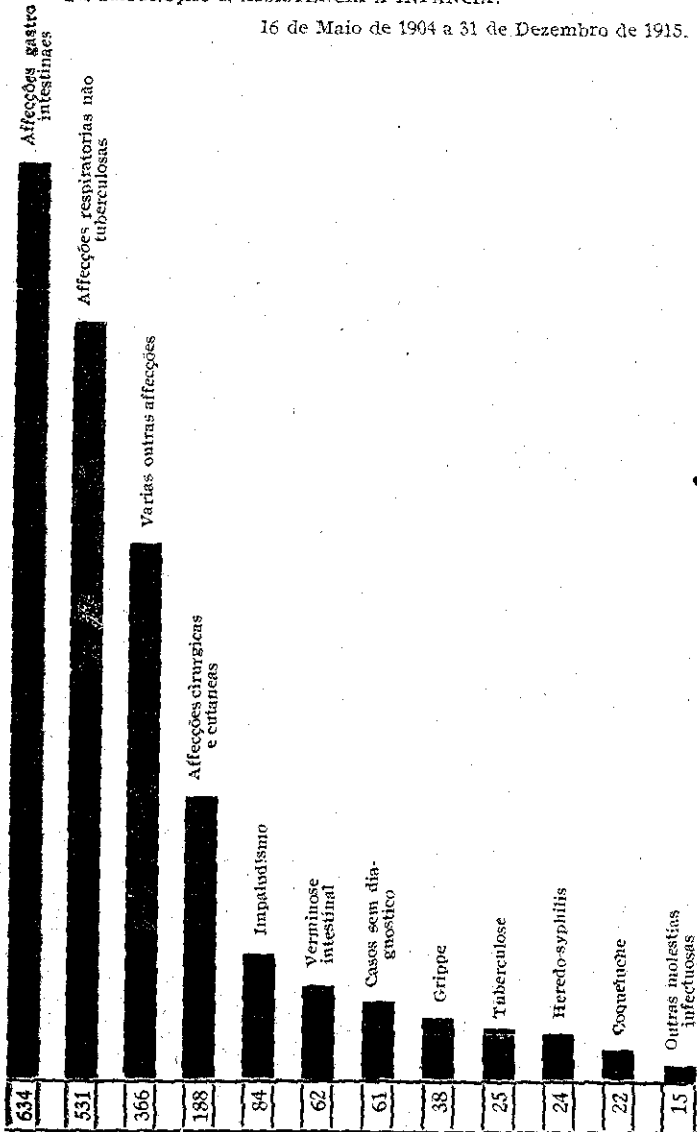
* * *

Os registos do Instituto não mencionam o diagnostico etiologico, isto é, não dizem para cada caso qual o factor causal a ser incriminado. Como, porém, o serviço clinico foi ali, na sua maior parte, por nós feito desde o anno de 1911, sendo que desse anno ao de 1915 trabalhamos quase só, estamos em condições de apontar as causas que mais

Morbidez

POR AFFECÇÕES GASTRO INTESTINAES COMPARADAS COM OUTRAS MOLESTIAS EM 2050 DOENTES DE 0 A 2 ANNOS NO INSTITUTO DE PROTECÇÃO E ASSISTENCIA A INFANCIA.

16 de Maio de 1904 a 31 de Dezembro de 1915.



influem para a producção dessas perturbações gastro-intestinaes na clientella que frequenta o serviço e sobre as quaes, aliás, já nos externamos de modo geral em uma "Memoria", da qual teremos de reproduzir aqui alguns topicos.

Essas causas foram na sua maior parte representadas por erros dieteticos, entre os quaes avultava, por sua frequencia e sua influencia lethifera, o abandono do aleitamento materno, cuja influencia nefasta sobre a saúde do lactante, si ainda para alguém pode carecer de provas, encontra-a evidente nas estatistica de Dluska, Lulling e Petit, mostrando ser a mortalidade de 13 % nas creanças amamentadas ao peito por sua mãe, de 32 % nas creadas á mamadeira pela mãe, de 50 % nas amamentadas ao seio de nutrizes mercenarias e de 65 % nas creadas á mamadeira longe das vistas maternas.

E' o que ainda comprovam as analyses feitas por Boeck nas estatisticas de Berlim, relativas ao periodo de 1895 a 1896, comprehendendo 10.000 creanças de 0 a 1 anno, e cujo quadro demonstrativo figura no tratado de pediatria de Schossmann.

O aleitamento artificial que quando convenientemente praticado pode ser superior ao seio da nutriz mercenaria, como resae das estatisticas apontadas de Duskla, Lulling e Petit, é a regra entre essa gente que frequenta o Instituto, mas por ella, na habitual ignorancia das mais elementares regras de bromatologia infantil, feito quase sempre de modo defeituoso, fértil em infracções graves de regime, umas de ordem quantitativa, de ordem qualitativa outras.

Dentre as primeiras observamos frequentemente a superalimentação, ás vezes dependentes de refeições muito abundantes, outras mais raramente do emprego de um leite de riqueza superior ás necessidades nutritivas da creança,

mas na grande maioria dos casos resultante de refeições muito aproximadas.

A subalimentação foi também algumas vezes observada em consequencia de emprego de leite condensado em diluições extremas, não, porém, com a frequencia com que a deparamos na nossa clientella civil, nas classes elevadas da sociedade, nas quaes o augmento com que a subalimentação vae figurando na etiologia das perturbações gastro-intestinaes é um facto que deve também occorrer em outras grandes cidades.

Não que esse incremento da frequencia de dyspepsias por *deficit* alimentar, sobre o qual temos insistido por mais de uma vêz, se deva explicar, como á primeira vista se poderia suppor, pelo augmento crescente da miseria, originado das difficuldades da vida cada vêz maiores nestes grandes centros. Como já o dissemos em “Memoria” apresentada ao Congresso Medico da Creança, rejeitamos essa explicação por duas razões. Em primeiro lugar, porque nas classes proletarias o leite que a mulher não tem ou não pode adquirir para o sustento do filho é substituído por alimentos outros, que ella na sua ignorancia suppõe capazes de nutrir o pequeno, cujas perturbações digestivas resultam então dessa alimentação impropria e farta vêz grosseira, filiando-se assim antes ao grupo das dystrophias por alimentação má.

Em seguida refusamos ainda tal explicativa porque é na clinica civil e portanto na classe social em que a condição da miseria fica excluída, que temos observado com mais frequencia a dyspepsia por alimentação deficiente.

Ao nosso vêr, duas outras são as razões do incremento dessa causa de perturbações dyspepticas.

De um lado o conhecimento melhor que desse factor de perturbações dystrophicas têm hoje os medicos e especialmente os pediatras, e que os leva com mais frequencia

ao diagnostico exacto, que dantes farta vez passava despercebido.

De outro lado e sobretudo, a campanha que nestes grandes centros vem a classe medica, de ha muito, levantando contra o vicio dietetico inverso, apontando-lhe os graves inconvenientes e mostrando-o como uma das mais frequentes origens de perturbações morbidas gastro-entericas na infancia. Os receios desses perigos da alimentação excessiva têm levado algumas familias e mesmo certos medicos a subalimentar os bebés, condemnando-os assim, ás vezes, por essa phobia da superalimentação, a um verdadeiro regime de fome, engendrando-se dest'arte phenomenos morbidos que se queriam evitados.

Os casos de subalimentação por nós verificados no Instituto são quase sempre, como já o dissemos, consequentes ao uso do leite condensado em diluições extremas.

Ao lado das infracções quantitativas de regime figuravam á miude as de ordem quantitativa, consistindo no emprego prematuro de substancias alimentares improprias á capacidade digestiva do lactante. E' assim que frequentemente observavamos o emprego de papas a creanças recém-nascidas, tendo apenas 3 a 4 dias de idade, muito felizes ainda aquellas que, de par com esse alimento absolutamente inadaptado ás suas funcções digestivas, recebiam tambem um pouco de leite materno cuja amylase ia fornecer ao seu organismo o meio de digerir um pouco desse amidon, o que sem isso a carencia do seu tubo digestivo em fermentos amylolyticos não lhe permittiria fazer.

E o que tornava ainda mais perigosa essa pratica era o emprego, para o preparo dessas papas, da farinha de mandioca, unica muitas vezes accessivel aos recursos pecuniarios dessa pobre gente e que ao lado dos seus inconvenientes de alimentação feculenta, encerra ainda o da sua riqueza em cellulose, cujas fibras, incapazes de qualquer

digestão, constituem fonte abundante de residuos irritantes para a mucosa digestiva do lactante.

Esse abuso de alimentação grosseira e rica em residuos indigestos talvez possa dar a explicação do facto a que adeante alludiremos, relativo ao predominio das colites entre as formas clinicas da irritação gastro-intestinal, entre nós observadas.

Mas a etiologia das affecções gastro-intestinaes na clientella do Instituto não se filia somente aos factores de ordem alimentar que ahi deixamos apontados. Em grande parte depende ella tambem, não receiamos affirmar-o, das más condições das casas em que vivem essas creanças da classe pobre, condições das quaes algumas parecem agir directamente, de modo por assim dizer electivo, sobre o tractus gasto-intestinal.

Dentre taes condições deveria merecer especial destaque o calor que entre nós se faz bastante intenso em certos mezes do anno, devendo influir principalmente nas habitações em que a renovação do ar é deficiente, factor etiologico de perturbações intestinaes sobre o qual de ha muito insistem os pediatras, accordes todos na obsrvação indicadora do incremento dos accidentes gastro-intestinaes sob a influencia dos grandes calores.

Procuramos por isso verificar até que ponto a temperatura influio na frequencia dos casos de affecções digestivas vrificadas no Instituto e preferimos para isso os dados relativos ao anno de 1915, por ser aquelle em que foi maior a affluencia de doentes ao ambulatorio.

Pensamos a principio que nos bastaria contar os casos de affecções gastro-intestinaes occorridos em cada mez e e pol-os em cotejo com as médias mensaes da temperatura nesse anno. Reflectimos, porém, que desse modo feita a observação não seria exacta, uma vez que a frequencia do ambulatorio variava em extremo de mez para mez. Resol-

vemos, pois, contar em cada mez o numero de creanças de 0 a 2 annos e o numero de casos de perturbações gastro-intestinaes, estabelecer as percentagens e pol-as em confronto com as médias thermicas dos respectivos mezes, e que obtivemos graças á gentileza do Dr. Alpheu Diniz.

Entretanto, ainda desse modo feito o cotejo não deu resultados concludentes que mereçam apontados aqui.

Convém digamos, entretanto, que taes resultados não pareciam indicar uma influencia muito grande do calor nos casos registados, sem que isso, porém, nos abale a crença no papel da temperatura elevada como causa predisponente de affecções gastro-intestinaes, nas quaes nós sabemos actuar por um duplo mechanismo. De um lado provocando uma rapida alteração do leite, quando este não foi competamente esterilizado, o que é regra aqui na Bahia, onde ninguem emprega, ao que sabemos, a esterilização, contentando-se geralmente com a simples ebulição, que, como se sabe, é insufficiente para a segurança do bebê, porquanto, destruindo facilmente os germes sacharolyticos (agentes de fermentação inoffensiva e impediende da pullulação dos germes proteolyticos, pela acidulação que traz ao meio) a simples ebulição deixa ao contrario perdurarem os fermentos da albumina, que ordinariamenté esporulados resistem muito mais: e esses germes proteolyticos, já não mais embaraçados na sua pollulação pelos sacharolyticos, vão decompor a materia albuminoide do leite, dando logar a productos toxicos, extremamente perigosos para o lactante. De outro lado a elevação thermica age tambem diminuindo relativamente as necessidades nutritivas da creança, de sorte que se se não tem o cuidado, que quase nunca se tem, de diminuir um pouco a ração alimentar da creança por occasião dos fortes calores, dahi resulta um certo grau de superalimentação com todas as consequencias que ella traz para o organismo do lactante.

Convem notar ainda que a variedade clinica de affecção gastro-intestinal chamada *cholera infantum* ou *gastro-enterite choleriforme* (cuja frequencia, segundo Meiner, depende indirectamente da temperatura do ar e directamente da temperatura da habitação) e na qual a elevação thermica ambiente parece ter uma acção especial, independente dos mecanismos acima alludidos e muito analogá do chamado *golpe de calor*, affecção de cuja encenação morbida muitos elementos se encontram no quadro dessa forma clinica, esse *cholera infantum* primava pela ausencia entre os casos do Instituto.

Não negamos, pois, a influencia do calor na frequencia das affecções gastro-intestinaes do lactante. Contentamo-nos em mencionar que ella não parece ser entre nós factor dominante.

E já que falamos de factores dependentes da habitação e capazes de concorrerem para essa grande copia de affecções do tubo digestivo, cumpre não deixar no esquecimento o papel da mosca domestica, bem posto em evidencia por Vaillard, citado por Comby, em nota publicada nos "Archives de Medicine des Enfants" de Janeiro de 1916. Esta vehiculação da diarrhéa estival pela mosca domestica é um factor geralmente admittido na America e na Inglaterra, tendo até Jackson, tambem citado por Comby na nota alludida, demonstrado ter existido em Brooklyn, nos Estados Unidos, um verdadeiro parallelismo entre a mortalidade por diarrheia durante os estios de 1906 e 1907 e o numero de moscas capturadas nas semanas correspondentes.

Conhecido assim, por um lado, o papel da mosca domestica na etiologia das affecções intestinaes, e por outro sabido a consideravel abundancia na nossa cidade, especialmente em certas zonas e em certas épocas do anno, desse insecto, cuja pullulação é, entre nós, senão pelo desasseio

das casas ao menos pela extrema porcaria das ruas, ás mil maravilhas favorecida, não nos parece desacertado dar-lhe uma parte da culpa, quiçá minima, dessa grande occorrença das affecções gastro-intestinaes da primeira infancia por nós verificada.

Para essa concorreram ainda, por certo, os vícios hygienicos resultantes da construcção defeituosa da maior parte das nossas casas, agindo estes de modo indirecto e entre elles avultando a carencia de luz e a carencia de ar : a primeira transformando a habitação, por isso mesmo difficil de asseiar e privada da acção microbicida dos raios solares, em verdadeiro ninho de microbios ; a segunda actuando nefastamente sobre o organismo da creança, que, em phase de activo crescimento, tem necessidade de grande quantidade de ar e de ar muito puro, para fazer face ás suas trocas nutritivas em extremo intensas, a tal ponto influindo o accesso de ar nas casas sobre a mortalidade infantil que as observações de Cruveillier, realizadas em algumas communas da França, mostram existir uma verdadeira relação entre essa mortalidade e o numero de aberturas em cada casa e por familia e cabeça, relação nitidamente inversa, isto é, tanto maior o numero de mortes quando menor o coefficiente de abertura.

* * *

Externada, assim a nossa opinião sobre os factores que nos pareceram responsaveis por esse grande predominio das affecções gastro-intestinaes entre os consulentes do Instituto, cuidemos agora de ver, em poucas palavras, quaes as modalidades clinicas que mais a miude se apresentavam.

Para isso só em parte nos poderemos valer dos dados fornecidos pelo registo clinico, entre outras razões pela absoluta falta de uniformidade dos clinicos no rotular dessas affecções, cada pratico empregando as denomina-

ções de sua preferencia, quando não se contenta com um só rotulo para todos os casos, o que em parte se deve attribuir á absoluta disparidade das classificações propostas nos varios tratados ou manuaes de pediatria, fazendo dessa terminologia um verdadeiro cahos, no qual só um estudo muito attento e guiado por uma observação clinica muito acurada permittirá de orientar-se.

Por isso mesmo se dispuzessemos de espaço daríamos aqui a classificação que adoptamos por nos parecer muito racional e plenamente satisfactoria para as necessiddes da pratica, estando por outro lado de accordo com as doutrinas pathogenicas modernas: é uma modificação que fizemos, no intuito de tornal-a mais completa e methodica, á excellent classification seguida por Combe, no seu livrinho sobre "As molestias gastro-intestinaes agudas do lactante": os limites, porém, impostos ao presente artigo põem embargos a esse nosso desejo.

A observação cuidada de um grande numero de affecções gastro-intestinaes no Instituto, nos deu a impressão de que ali, das duas grandes classes de dyspepsias que admittimos, as dyspepsias alimentares (*Ernährungsterung e alimentatione de Czerny e Keller*) e as dyspepsias organicas (*Ernærhsungsterung e constituione*), é felizmente a primeira de muito a mais frequente.

Entre parenthesis convém dito que por *dyspepsias alimentares* entendemos aquellas que occorrem em lactantes hetero-eutrophicos de Pfladner (lactantes que reagem normalmente á amamentação artificial) e como taes dependentes exclusivamente de erros alimentares; designamos, com Combe e os pediatras allemães, sob o nome de *dyspepsias organicas* aquellas que occorrendo nos *hetero dystrophicos* de Pflaender (lactantes que não supportam o leite de vacca mesmo convenientemente administrado), independem da alimentação, estando condicionadas

por uma insufficiencia dos succos digestivos do bebê, de origem hereditaria, diathetica ou adquirida.

Dessas duas ordens de dyspepsias temos ali observado todos os graus desde a simples *dyspepsia parcial albuminosa*, tão contestada pela pediatria allemã, mas cuja existencia temos fundadas razões para admitir, a passar pelos accidentes de intolerancia para os hydratos de carbono (*dyspepsia toxica* de Combe), até as dyspepsias totaes, variaveis da symple *dysthrepisia*, em que havendo apenas abaixamento consideravel do limite de tolerancia alimentar, a assimilação ainda se pode fazer, até a *athrepisia* completa e irremediavel.

Observamos mesmo com grande frequencia casos desses estados *dysthrepisicos*, alguns dos quaes á primeira vista podiam ser capitulados de verdadeira *athrepisia* e desse modo considerados perdidos, mas nos quaes conseguimos surprehendedentes reultados, explorando e ampliando com cuidado o resto da tolerancia alimentar ainda existente, por meio de uma alimentação proporcionada e gradativamente crescente, isso de par com a medicação apropriada.

A *athrepisia completa*, typo Parrot, encontramos-a tambem tão a miude que nos causou verdadeira extranheza o verificar que registro clinico até meiaados de 1911, quando iniciamos ali o nosso trabalho, e sobre um total de quase mil lactantes, mencionava apenas 6 vezes tal diagnostico.

Das *dyspepsias organicas* de origem diathetica observamos alguns raros casos de *diathese exsudativa* de Czerny, mas nem um só caso typico de *diathese neuropathica* de Finkelstein conseguimos ali observar.

Chamamos ainda a attenção para a grande frequencia, a correr parellas com a das manifestações puramente *dyspepticas*, da colite, especialmente na sua variedade *dy-*

senteriforme, á miude confundida com a dysenteria. O predomínio dessa forma, tambem observado na clinica hospitalar, merece tanto mais apontado quanto é sabida a raridade no lactante das irritações localizadas a um só segmento de tractus digestivo. Não será que elle corra por conta do uso e abuso dessas papas de farinha de mandioca a que alludimos, com a abundancia dos residuos irritantes para a mucosa intestinal que resulta da riqueza em cellulose dessa farinha? E' idéa que nos occorre, sem que a tal respeito nada possamos dizer com segurança.

A contrastar com a grande frequência dos estados dyspepticos e com a occorrença não menor da colite, chamou-nos a attenção a raridade do catarrhò intestinal agudo, na sua variedade choleriforme de que já falamos. Apenas um caso typico observamos dessa forma, que tambem só muito raramente temos encontrado na clientela civil.

Frizemos o papel representado nessas formas super-agudas do catarrho intestinal pela insolação e retenção calorifica e ponhamos em parallelo a raridade dessa gastro-enterite choleriforme com a raridade aqui na Bahia da insolação verdadeira e teremos ahi mais um argumento em favor da influencia directa do calor intenso na producção do *cholera infantum* que, como diz bem Combe, de Lausanne, copia a enganar o quadro do *golpe de calor*, com perda de conhecimento, convulsões, hyperthermia, vomitos e diarrhéa.

Assignalemos, sem adduzir commentarios, o factu dessa raridade entre nós, parelha do *cholera infantum* e do *golpe de calor*, accrescentando que o Prof. Fraga, que tem exercido proficientemente a pratica pediatrica no Rio e aqui a exerce ha algum tempo, affirmou-nos, o que nos apraz declarar aqui, que a sua observação condiz com a nossa no tocante á raridade aqui na Bahia dessa forma clinica.

Terminaremos alludindo ligeiramente ás manifestações residuaes destas perturbações digestivas da primeira infancia por nós verificadas nos clientes do Instituto.

Entre ellas dominavam a atrophia estatural e ponderal e o grande ventre flacido, com eventração da linha alva, estygma de perturbações digestivas chronicas da primeira infancia, ligado, como o demonstrou Marfan, a um alongamento hypertrophico do intestino com hypotonia da parede abdominal e que é quase a regra nas creanças de certa idade que procuram o Instituto.

Ao contrario menos frequente se mostrou o rachitismo nas suas formas intensas com graves deformidades dos membros, ás vezes entretanto observadas, sendo, porém, communs os casos dessa dystrophia, limitados ao que chamamos os pequenos signaes de rachitismo.



TRACHOMA NA BAHIA

PELO

Prof. Cesario de Andrade

Quizeram os nossos distinctos collegas da *Gazeta Medica* distinguir-nos com desvanecedor convite para escrever sobre o *Trachoma na Bahia*; e, eis que, para attender a essa gentileza, enfeixamos nestas modestas linhas o que sabemos do assumpto, valendo-nos sobremodo dos dados fornecidos pelos nossos registos clinicos civil e hospitalar.

Conhecido, embora, de tempos immemoriaes, o *trachoma* somente chamou sobre si a attenção do mundo medico no periodo das guerras napoleonicas, quando, de regresso á patria, os exercitos combatentes trouxeram intensamente diffundido nas suas fileiras o mal que se constituiu depois, por força de propagação no seio das populações civis, um dos grandes flagellos da humanidade. Tendo por berço os paizes orientaes, pode o *trachoma*, graças ao seu extraordinario contagio, evolução e resistencia ao tratamento, tudo evidenciando a sua natureza microbiana, diffuir pelos continentes, vencendo distancias e zombando das medidas prophylacticas que a sciencia criou a embargar-lhe o passo.

E' facto de sobejado conhecimento na historia das epidemias, os grandes damnos causados á humanidade por essa terrivel affecção. Estaticas de 1818 registam no exercito inglez 5.000 invalidos, cégos pelo *trachoma*; outras de 1813 a 1817 e de 1816 a 1839 registam respectivamente 25.000 para o exercito prussiano e 76.000 para o exercito

russo. Em 1840, a população da Belgica soffreu demasiadamente os effeitos de forte epidemia de *trachoma*, chegando á percentagem dos doentes a 88 % nas grandes agglomerações. A entrada do terrivel morbo fez-se na America, através das grandes correntes de immigração que se estabeleceram, oriundas do velho continente.

As populações que se trasladaram de Portugal, Prussia Oriental e Rhenana, Hespanha, Russia, Polonia, Turquia Asiatica e Européa, e, sobretudo, das provincias meridionaes da Italia para o Brazil, trouxeram comsigo o germe do grande flagello, que viria em breve tempo contribuir assustadoramente para avultar as nossas estatisticas de invalidos cégos.

Foi por tal maneira que o *trachoma* chegou até nós, onde ninguem mais desconhece os seus maleficos effeitos, mórmente no seio das classes desprotegidas da fortuna, em que as condições de vida e a penuria de assistencia publica favorecem largamente a sua propagação.

Existindo endemicamente em quasi todo o territorio do Estado, releva notar que em muitos municipios, como Bom Conselho, Santo Antonio de Jesus, Amargosa, Areia, Jequié, Villa Nova, Mundo Novo, Monte Alegre, Baixa Grande, Orobó, Lençóes, Nazareth, Itabuna, Cachoeira e outros, o mal se acha grandemente disseminado, fornecendo o maior contingente de *trachomatosos* que buscam esta capital, á procura de soccorros medicos.

Os emigrados desses fócios de infecção vão por todos os modos diffundindo o mal, sem que dos poderes publicos parta qualquer providencia tendente a cercear a sua marcha progressiva.

E' de balde que se tem despertado a attenção dos governos para a grande diffusão que no nocso Estado vão tendo certas molestias contagiosas, como a *leishmaniose*, o *trachoma* e outras, cujo dever de reprimir, zelando

dest'arte pela saúde dos seus jurisdicionados lhes assiste por força de um contracto social entre o Estado e o povo.

De referencia ao *trachoma*, já houve, entre nós, quem, occupando-se da inspecção sanitaria das escolas, realçasse a gravidade de sua marcha victoriosa á revelia dos poderes publicos, salientando, então, o perigo a que estava exposta a mocidade escolar da nossa Capital; e, nós mesmos, com certa responsabilidade que nos dá o cargo de professor de Clinica Ophthalmologica da nossa Faculdade, já tivemos ensejo de, por intermedio dessa utilissima aggremação scientifica, que é a *Sociedade Medica dos Hospitales da Bahia*, lançarmos neste sentido decidido appello a quem de direito. Nos paizes bem governados, onde os assumptos concnrentes aos interesses da collectividade, e sobretudo naquelles em que as idéas pacificistas não fazem esquecer a necessidade de cuidar da defesa nacional, o *trachoma*, pelo muito que a póde comprometter, constitue constante preocupação por parte dos poderes publicos. De facto, podendo o *trachoma* em certas regiões incapacitar para o serviço militar grande unmero de individuos, é capaz de diminuir a força de defesa da nação. E tão bem comprehenderam os governos da Allemanha, Austria, Itália e Belgica a necessidade de uma lucha racional contra o grande mal, que, ao lado de outras medidas salutaes, instituiram cursos de especialização e aperfeçoamento na sua diagnose e tratamento, destinados aos medicos em geral, e de preferencia aos residentes nos pontos mais attingidos. Que a efficacia dessa medida, ao mesmo tempo patriotica e humanitaria, não se fez esperar, demonstra-o claramente a consideravel diminuição do *trachoma* nos exercitos prussianos, austro-hungaro e italiano.

Em um paiz como o nosso, em que, abstraindo essas questões de tão elevado alcance, um dos maiores problemas sob o ponto de vista economico e social consiste exacta-

mente no aproveitamento de braços para o desenvolvimento das suas riquezas naturaes, não seriam para desprezar medidas urgentes conducentes a combater efficazmente a disseminação do morbo, que hoje occupa, incontestavelmente, lugar de destaque no nosso quadro nosographico. Ademais, o exemplo desses paizes deveria ser por nós imitado com mais justo motivo, porque é imperioso dever de humanidade soccorrer *in locus* as nossas populações sertanejas que, além da penuria, em que vivem, luctam, não raras vezes, com a carencia de meios de transportes, que lhes difficulta a procura de soccorros ophtalmologicos.

A' nossa maneira de pensar, seria esse um meio facil de resolver em parte, entre nós, esse problema de grande importancia social, tão descuidado daquelles a quem estão confiados os supremos interesses do povo; enquanto não se procede como nos Estados Unidos, onde a policia sanitaria das fronteiras exerce uma vigilancia rigorosa, estabelecendo energicas medidas prophylacticas prohibindo a immigração dos portadores de *trachoma*.

Sem mesmo precisarmos buscar no estrangeiro, nós encontraríamos, embora parcialmente, o exemplo a seguir no Estado de São Paulo, que mantém, ou pelo menos já manteve, um serviço regular de assistencia aos trachomatosos existentes em grande numero em seu territorio; affluencia de trachomatosos essa que no rico Estado do sul da Republica é dividida a forte corrente de immigração europeá, notadamente das provincias meridionaes da Italia, onde o mal grassa com intensidade. Verdade é que esse serviço, apesar de regularmente organizado, deixou sempre muito a desejar, porque, ao passo que o governo mantinha em profusão postos de soccorros e outras medidas, permittia livremente a immigração via terrestre de novos infectados. Essa maneira de proceder importava necessariamente no dispendio de grandes recursos, sem jamais

atingir o escôpo desejado. No porto da capital da República, até pouco tempo, a prophylaxia do *trachoma* era feita na *Hospedaria da Ilha das Flores*, onde os doentes eram convenientemente tratados, antes de serem internados no paiz. serviço esse devido á iniciativa dos illustres bahianos Drs. Eduardo de Moraes e Miguel Calmon, no governo Affonso Penna.

Na Bahia ainda não existe nenhum serviço dessa natureza, nem mesmo d'elle se cogitou, sendo o *Hospital Santa Isabel* desta capital, talvez, o maior refugio desses desventurados, portadores na sua quase totalidade de complicações graves do *trachoma*, por vezes irremediáveis, trazendo largo contingente ás nossas estatísticas de cegos. Uma cousa reléva, entretanto, notar-se, por estar em desaccôrdo com estatísticas publicadas entre nós, é o numero relativamente pequeno de doentes infeccionados nesta capital, comparativamente ás demais affecções oculares, conforme os dados constantes do nosso registo clinico.

E não se poderá pensar que esta maneira de ver firma-se em dados deficientes, porquanto se apoia numa estatística de 10.646 ophtalmicos, residentes nesta capital, dos quaes, apenas 103 eram trachomatosos. Ademais, temos para corroborar essa nossa asserção informações valiosas, que nos foram prestadas por illustres collegas clinicos nesta capital. Outrotanto se não poderá dizer de referencia ás cidades do interior do Estado, onde o mal se vae propagando nas populações pobres, contando com os multiplos factores que se congregam para facilitar-lhe o desenvolvimento. Dos 4.506 ophtalmicos dessa proveniência registados no nosso serviço clinico nosocomial, no periodo de 1913 a 1915 inclusive, 281 eram trachomatosos. Em resumo, no nosso registo relativo aos tres ultimos annos, computados os individuos de todas as procedencias, figuram 384 trachomatosos para 15152 doentes examinados, ou seja

uma percentagem de 2,53 %. cifra, ainda assim, vale que se diga, relativamente pequena comparativamente a certas cidades europeas, segundo o quadro que damos a seguir:

Petrograd.....	23 %	dos ophthalmicos
Constantinopla.....	20 %	» »
Corunha.....	13 %	» »
Cadix.....	10 %	» »
Madrid.....	6 %	» »
Genova.....	11 %	» »
Roma.....	9 %	» »
Triestre.....	5,5 %	» »
Budapeste.....	3,2 %	» »
Londres.....	2,3 %	» »
Paris.....	0,6 %	» »
Vienna.....	2,1 %	» »
Bruxellas.....	0,55 %	» »
Berlin.....	1,1 %	» »
Dresde.....	0,98 %	» »
Berne.....	0,12 %	» »
Genebra.....	0,46 %	» »
Colonia.....	2,8 %	» »

E' bem de vêr, que na nossa estatística não figuram os doentes que procuraram outras clínicas desta capital; queremos, porém, admitir que esse numero não seja maior ou mesmo igual ao do nosso serviço hospitalar, e a razão dessa nossa maneira de pensar está em que a grande maioria dos infectados de trachoma provindos do interior do Estado é pauperrima, apresentando, não raras vezes, complicações graves que requerem hospitalização.

A proposito, é interessante registrar que, dos 384 trachomatosos examinados no decurso desses tres ultimos annos, 32 apresentavam *entropio cicratical*, 2 *ectropio* da palpebra inferior, 4 *symbblepharo*, 23 *trichiâsis*, 36 *pannus* superficial da metade superior da cornea, 2 *xerosis* da

conjunctiva, 21 *pannus crassus* e 29 *ectasias* da corneia, seja em consequência do *pannus* trachomatoso cedendo á pressão intraocular, ou de complicações ulcerosas que vieram agravar o mal aproveitando-se do estado dystrophico da membrana. Em vinte e oito destes casos a lesão era binocular, havia amaurose ou existia, apenas, visão quantitativa. Se é verdade como dahi se verifica que dos doentes mais gravemente atingidos, nem todos apresentavam amaurose, em todo caso em muitos delles a amblyopia era de ordem a tornal-os incapazes de se conduzir e de lutar pela vida, podendo bem ser qualificados de cegos. E' fora de duvida que a estatística é por demais impressionante e somente explicavel pela falta quasi absoluta de soccorros ophthalmologicos no vasto territorio do Estado.

Dos conspectos clinicos do trachoma, o mais comumente observado entre nós é a fórma *granulosa*; existindo, todavia, em grande copia, casos de espessamento e infiltração diffusa da mucosa tarsal, realizando a chamada fórma papillar.

Em muitos casos verificamos tambem a concomitancia dos dois differentes aspectos. Na quase totalidade dos nossos observados a affecção apresentava a fórma chronica, isto é, evoluindo lentamente, sem reacção de certa intensidade; somente em dois doentes da nossa clinica civil surpreendeu-nos a fórma aguda, plenamente caracterizada por uma reacção violenta da conjunctiva, edema palpebral e secreção muco-purulenta abundante, simulando a conjunctivite blenorragica.

E', porém, de carencia dizer-se que em ambos os casos, o exame microscopico revelou a associação do *pneumococcus* e do bacillo de *Kock-Weeks*.

Afóra esses dois casos, outros tivemos occasião de verificar apresentando phenomenos reaccionaes de certo

vulto, não merecendo, entretanto, ser capitulados de feição aguda.

Um facto vem a proposito referir que mereceu a nossa attenção, por não estar muito de accôrdo com o pensar de alguns autores, foi o grande numero de individuos de raça negra, portadores de lesões trachomatosas, que figuram no nosso registo clinico hospitalar, ainda que em numero inferior aos de raça branca e mestiça. Pretendemos que a noção até certo ponto erronea, admittida por alguns, de suppôr que a raça negra gosa de certa immuniidade para o *trachoma*, firma-se na ausencia relativa desta affecção nos pretos da Argentina e da America do Norte, razão que não parece accetavel, attendendo-se a que, sobretudo neste ultimo paiz, o odio de raça cria condições sociaes especiaes, afastando-os do convivio dos brancos, entre os quaes, mau grado ás medidas prophylacticas adoptadas pelo governo e imposta com absoluto rigor aos immigrantes, o mal existe endemicamente, mórmente entre as populações do Oregon, Idaho, etc.

Entre nós, porém, onde se desconhecem as luctas dessa natureza, e, por isso, as condições especiaes de receptividade e propagação são as mesmas para determinadas classes de individuos sem distincção de côr, os negros participam do contagio, pagando assim, e pesadamente, o tributo dessa tolerancia de convivio. Essas considerações vêm tambem ao proposito de demonstrar, mais uma vez, a pouca influencia que o pigmento exerce nessa pretendida immuniidade para eertas affecções oculares.

Aliás, essa nossa verificação pertinente á raça negra, ao nosso vêr, não vem de molde a suspeitar-se do africano como vehiculo na transmissão do *morbos* aos nacionaes no nosso Estado, muito propensos como estamos, por fundadas razões que nos assistem, a acreditar que o elemento extranho dessa propagação, ao menos o principal

dentre muitos, devia ter sido, e o é ainda hoje, o syrio e o turco (que para muitos se confundem), e que são frequentes portadores da molestia.

Ora, a população turco-syria é relativamente grande entre nós, esparsa hoje por todo o territorio do Estado, perfeitamente identificada aos nossos habitos, muitos inteiramente nacionalizados pelas relações de familia e outras obrigações sociaes, dest'arte facilitando o contagio extremo, qualidade que todos reconhecem no *virus trachomatoso*.

Certamente, outros povos terão dado largo contingente a essa tão nefasta dadia, duvida, porém, não há que a maior responsabilidade cabe aos subditos do Imperio Ottomano.

No que tange á etiologia do *trachoma* nenhum trabalho foi ainda, ao que nós consta, publicado na Bahia. As ultimas pesquisas do saudoso e notavel protozoologista *Stanislas von Prowazek* do *Institut fur Schiffes und Tropenkrankheiten*, e antigo collaborador do nosso *Instituto Oswaldo Cruz*, de Manguinhos, sobre o papel dos germes do grupo dos Clamydozoarios, não lograram, ao que parece, esclarecer definitivamente a questão, visto como se tem tambem encontrado os *corpúsculos granulosos* em outras affecções da conjunctiva, que não o *trachoma*. E' fora de duvida, que a natureza dessas inclusões das cellulas epitheliaes ainda não está esclarecida, não se sabendo se ellas serão germes especificos do *trachoma* ou simples productos cellulares.

Tratamento.—Apezar de genuinamente brasileiro, o velho tratamento pelo macerato do *abrus precatorius*, vulgarmente conhecido por *jequirity*, ha muito que está em desuso entre nós, mesmo com as modificações e aperfeiçoamentos introduzidos, após as descobertas de *Roemer*, beneficiando o seu emprego com o *jequiritol-sôro* destinado a combater as complicações jequiriticás de tão desastrosos

effeitos. A radiotherapia praticada por *Thielmann* na clinica do Prof. *Kuhnt* com tão bons resultados, como o emprego *in locus dolens* das emulsões estreptococcicas, cujas pesquisas foram iniciadas no Rio de Janeiro sob o auspicio do eminente Prof. Abreu Fialho, não foram ainda tentados aqui. Quanto a extirpação total do tarso, ella não nos tem dado os resultados apregoados pelos creadores do methodo.

A' nossa maneira de pensar, a therapeutica do *trachoma* continuará por muito tempo, ainda, sem modificação apreciavel, até que verificada sêja a sua etiologia. Então, poderemos, talvez, desprezar os valiosos meios mechanicos, alliados aos agentes chimicos, vantajosamente usados actualmente, em troca de uma therapeutica nosocratica.

Ao concluirmos, não nos furtaremos ao desejo de mais uma vez despertar a attenção das nossas autoridades sanitarias para assumpto de tão grande relevancia para as forças vitales do Estado, qual é a disseminação crescente do *trachoma* nas nossas populações ruraes, afrouxando-lhes as energias, incapacitando-as para o trabalho, convertendo-as em mendicantes. Mistêr se fazem medidas urgentes, entre estas a inspecção obrigatoria e effectiva nas escolas, fabricas, quartéis, etc.; a criação de postos de assistencia nos focos de endemicidade e a criação de cursos de especialização para os medicos clinicos no interior, aos quaes os poderes locais municipaes, se possivel, estipendiariam, tornando dest'arte gratuito esse serviço aos seus municipes trachomatosos, á maneira do que se procede em outros paizes. Outras medidas de character mais geral viriam completar as exigencias do momento, e com ellas teriamos, por certo, diminuido consideravelmete as cifras relativamente elevadas de cegos pelo *trachoma*, que figuram annualmente nas nossas estatisticas nosococcicas.

Eis o que succintamente podemos dizer sobre o

“*Trachoma na Bahia*”, sem exceder o espaço que a illustrada redacção da *Gazeta Medica* nos traçou nas paginas do seu numero commemorativo, honrando-nos sobremaneira com a gentileza da escôlha, para a feitura destasthes importante e momentosa.

Bahia, Junho de 1916.



GRANULOMA ULCEROSO TROPICAL NA BAHIA

PELO

DR. OCTAVIO TORRES

Encarregado pela illustrada Redacção da *Gazeta Médica da Bahia* de escrever umas notas acerca do granuloma tropical, entre nós, procuraremos satisfazer a tão honrosa incumbencia, descrevendo summariamente o que aqui se tem feito sobre a referida molestia.

Antes, porém, de entrarmos na descripção dos casos de granuloma aqui observados, na Bahia, faremos um ligeiro esboço historico, relatando somente o que se refere a esse Estado, dando assim feição especial a estas ligeiras notas.

A historia dos casos de granuloma ulceroso, na Bahia, acha-se um pouco confusa, incorrecta e injustamente escripta.

Em Outubro de 1913, chamado em consulta pelo illustrado collega Dr. TILLEMONT FONTES, assistente da Clinica Cirurgica do illustrado Professor Dr. CARLOS FREITAS, para ver um doente seu, que tinha uma lesão localizada na virilha esquerda, a qual se tinha mostrado resistente até então a todos os tratamentos empregados (causticos chimicos, thermocauterio, curetagens, injeções mercuriaes, de arsenico, etc.), fizemos um exame minucioso do caso e formulamos o diagnostico clinico de granuloma ulceroso, que posteriormente foi confirmado pela verificação do microbio de DONOVAN nos esfregaços. As preparações foram vistas pelo nosso sabio mestre Dr. GONÇALO MONIZ, que confirmou todas as nossas pesquisas.

Em Fevereiro de 1914, entrou para a Enfermaria de S. José, a cargo do illustrado Professor Dr. PACHECO MENDES, um doente que já tinha estado na clinica, em Junho do anno anterior. Este doente apresentava lesões que foram diagnosticadas clinicamente de granuloma ulceroso, situadas nas virilhas, escroto, chegando até o perineo, diagnostico, que foi confirmado microscopicamente por termos encontrado o parasita do granuloma ulceroso.

Em Setembro de 1914 fizemos uma communição á illustre Sociedade Medica dos Hospitales da Bahia, sobre dois casos de granuloma ulceroso, apresentando um doente com lesões, ainda em evolução, tendo sido publicada a nossa communição, em principios de 1915, não só no *Brazil Medico*, ns. 2 e 3, como na *Gazeta Medica da Bahia*, n. 8, pag. 343 e seguintes, do mesmo anno.

Chamada a attenção sobre a molestia, não tardou muito, que novos casos fossem vistos e no anno de 1915 encontramos mais dois casos, a moletia não sendo tão rara como se pensava a principio.

Em Junho de 1915, o illustrado collega e amigo Dr. FERNANDO LUZ, assistente de Clinica Cirurgica, diagnosticou clinicamente o terceiro caso de granuloma, e, em Setembro do mesmo anno, o quarto caso, tendo sido em ambos os casos feita por nós a verificação do *calymmatobacterio-granulomatis* de ARAGÃO e VIANNA.

FERNANDO LUZ apresentou o primeiro caso por elle diagnosticado á Sociedade Medica dos Hospitales da Bahia, principalmene, porque o paciente era portador de uma lesão granulomatosa no angulo direito dos labios, além da extensa lesão das virilhas e do prepucio.

Tres destes quatro casos figuram na these do Dr. GOMES DA FROTA sobre "granuloma ulceroso trópical", these esta por nós inspirada e que foi apresentada á Faculdade de Medicina da Bahia, em Dezembro de 1915.

O prezado collega Dr. GENESIO SALLES, em Dezembro de 1915, transferiu para o nosso serviço, na enfermaria de S. Joaquim, um menino de lesões ulcero-serpiginosas localizadas nas nadegas, no perineu e na face, e extremamente resistentes ao mercurio e outros anti-syphiliticos. Após alguns esforços, conseguimos descobrir em esfregaços o parasita responsavel pelo granuloma, e após a applicação do tartaro emetico o menino, que estava doente ha mais de um anno, está quasi curado.

Em Fevereiro do corrente anno, quando estavamos já empenhados em reunir os casos de granuloma ulceroso observados na Bahia, vimos um caso na Enfermaria de S. Pedro, a cargo do illustrado collega Dr. CLAUDELINO SEPULVEDA, que foi por nós diagnosticado clinicamente de granuloma ulceroso e no qual empregado o tratamento específico deu excellent resultado.

Procurando com afincio nas diversas enfermarias do Hospital, doentes com lesões nas virilhas, conseguimos descobrir mais um caso, em uma mulher, recolhida á Enfermaria de Santa Maria. Em Maio do corrente anno apresentamos esta doente á Sociedade Medica dos Hospitales da Bahia e por essa occasião fizemos um appello aos distinctos consocios, pedindo a aquelles que tivessem observado casos de granuloma, o obsequio de nos communicar afim de que pudessemos reunir todas as observações feitas entre nós e ao mesmo tempo fazermos um trabalho mais com-nós e ao mesmo tempo fazermos um trabalho mais completo.

Somente o nosso illustrado collega Dr. OSCAR TILLEMONT FONTES respondeu o nosso appello, fornecendo-nos notas sobre um caso seu, recolhido á enfermaria a seu cargo e que adiante citaremos.

Ainda em Junho do corrente anno, percorrendo o

quarto de curativos da sala do banco, deparamos com um doente, que diagnosticamos de granuloma, e que foi posteriormente verificado microscopicamente.

Pelo resumo historico, que acabamos de referir, vemos que a molestia em questão não é tão rara como a principio julgavamos, pois no curto periodo de 6 mezes conseguimos reunir cinco casos, vindo demonstrar deste modo a endemicidade desta molestia entre nós.

As lesões localizam-se de ordinario na região das virilhas, dobras das coxas, perineu, etc., e duas vezes encontramos lesões no rosto, uma no angulo direito dos labios, e outra na maçã do rosto (doente da nossa quinta observação).

E' mais frequente nos individuos adultos do que nos jovens; RENNER diz que nunca observou o granuloma em mulheres virgens e HYDE, CONYERS, BROCKERS e outros dizem que o granuloma ataca de preferencia os individuos de côr, os pretos ou mestiços e dentre estes mais frequentemente os individuos do sexo feminino. Entre nós observamos 8 casos em adultos e um em menino de 8 a 10 annos, facto este que os auctores todos dizem ser excepcional, e 8 casos em individuos do sexo masculino e um do feminino.

Quanto á côr, têm sido atacados de preferencia os individuos de raça preta em primeiro logar, em seguida os mestiços e finalmente só um individuo de côr branca.

Quanto á nacionalidade, todos eram brasileiros, naturaes do Estado da Bahia, alguns da capital e outros de localidade do interior.

A localização do granuloma em doentes da nossa observação têm-se dado nas regiões das virilhas, perineu, etc., sendo que em dois doentes havia tambem localizações a distancia; em um caso na bôcca (angulo direito) e no outro na face (lado direito). Em 80 a 90 % dos adultos,

segundo os autores, a molestia localiza-se nos órgãos genitales.

De accordo com a estatística dos casos observados, organizada pelo Dr. HERACLIDES DE SOUZA ARAUJO, do Rio de Janeiro, podemos classificar os Estados do Brazil, nos quaes o granuloma é mais frequente na ordem seguinte: Rio de Janeiro (Capital Federal) 15 casos, Estado do Rio 8, São Paulo, Bahia e Minas 4 casos cada, Goyaz 3, Matto-Grosso 2 e Alagôas 1, por onde se vê que a Bahia occupava o terceiro lugar, com as nossas observações notamos que depois da Capital Federal ella é quem concorre com maior contingente, ficando em segundo lugar. (9 casos).

O diagnostico dos casos que observamos foi sempre feito microscopicamente, encontrando o microbio de DONOVAN e SIEBERT, posteriormente de FLU, e hoje *calym-mato-bacterium-granulomatis*, nos esfregaços corados pelo Giemsa ou pelo *Leishmann*. Damos preferencia ao corante de Giemsa, mas na sua falta, o *Leishmann* o substitue perfeitamente.

Sempre encontramos o parasita de ARAGÃO e VIANNA encapsulado e quando assim não succedia era devido a uma technica imperfeita, como acontece de ordinario com o *Leishmann*, que não córa a capsula muito bem.

O material para exame foi sempre retirado após lavagem da lesão com alcool, sublimado (solução), acido borico, etc.; procedendo em seguida a raspagem.

No periodo de ulceração o diagnostico clinico é facil. DANIELS, citado pelo Dr. HERACLIDES DE SOUZA ARAUJO (*Associacion médica Argentina*, Março e Abril de 1916), considera a chronicidade da ulceração, a sua base densamente fibrosa, e a ausencia de enfartamento ganglionar pontos essenciaes para o diagnostico clinico.

“Para esse diagnostico clinico achamos sufficientes os

seguintes caracteres physicos : lesões ulcerosas ou hypertrophicas granulosas ; evolução chronica ; séde na região genital ou peri-genital ; bordas elevadas, não descolladas nem cortadas a pique ; secreção e odôr caracteristicos ; pouco dolorosas e sangrando facilmente ; e ausencia de enfartamento ganglionar” (op. cit., pag. 282).

Tentamos fazer culturas em tres dos nossos casos, sempre com resultados negativos, não só por imperfeição de technica no recolher o material para semear os tubos, como tambem pela invasão do meio de cultura por microbios outros existentes nas ulcerações.

Adoptamos a classificação das formas clinicas do granuloma estabelecida pelo Dr. HERACLIDES DE SOUZA ARAUJO.

- | | | |
|---|-------------------|---------------------------|
| 1.ª forma ulcerosa | { Serpiginosa | { Com bordas elevadas |
| | { Não serpiginosa | { Com bordas não elevadas |
| 2.ª forma hypertrophica | { Serpiginosa | { Fungosa |
| | { Não serpiginosa | { Papillomatosa |
| 3.ª forma mixta ou ulcero-hypertrophica | | |

A maior parte dos doentes estão incluídos no primeiro grupo, isto é, na forma ulcerosa serpiginosa com bordas elevadas, e a observação do individuo do sexo feminino, no segundo, isto é, na forma hypertrophica serpiginosa papillomatosa.

Estamos muito inclinados a pensar, que o granuloma ulceroso é contrahido por contacto genital. Não está provado cabalmente qual o tempo de incubação da molestia nem o modo porque a infecção se processa.

O Dr. HERACLIDES diz : “Para nós esse facto da transmissão pelo coito não encontra contestação”.

O apparecimento de lesões granulomatosas sem contacto sexual é raro e contestado, todavia póde-se dar como na nossa observação do numero cinco (5).

Alguns autores para justificarem este modo de pensar citam as estatísticas mostrando que a localização mais commum é nas virilhas ou na região dos órgãos genitales. Talvez a localização se faça nesta região porque o microbio do granuloma ahí encontre condições propicias ao seu desenvolvimento, do mesmo modo que a leishmania se localiza na pelle, no nariz, na bôca e garganta, que o ancylostoma após um trajecto difficil e penoso vae se alojar no intestino delgado, que o bacillo de KOCH se fixa de preferencia no pulmão, etc., questões estas que com os meios actuaes de investigação nós não podemos resolver.

Uma questão interessante na descripção da molestia que nós nos occupamos é a tendencia que existe em separal-a do grupo das molestias tropicaes, simplesmente porque a sua existencia foi verificada na Republica Argentina.

Não ha razões para isto e no nosso fraco modo de pensar isto não prevalece, porquanto ella pôde perfeitamente por qualquer forma ser introduzida em um paiz temperado ou mesmo frio e ahí adaptar-se perfeitamente; como o mesmo factô acontece com outras entidades morbidas dos climas tropicaes, que se aclimatam nas zonas frias.

Diz o Dr. HERACLIDES DE SOUZA ARAUJO que na Europa registraram-se poucos casos (Inglaterra), sendo qualquer delles vindos de regiões onde o mal é endemico (op. cit., pag. 252).

Por ventura a febre amarella, o paludismo, a peste negra, a leishmaniose, que foi agora demonstrada microbiologicamente, na Argentina, pelo nosso sabio e illustrado patricio Dr. ARTHUR NEIVA, e muitas outras molestias especiaes aos climas tropicaes simplesmente por se desenvolverem em climas temperados e frios deixam de ser molestias tropicaes? Pensamos que não e pelas razões acima expostas, julgamos acertado continuar o granuloma

classificado como uma molestia dos climas quentes, justificando assim o titulo do presente artigo—“Granuloma ulceroso tropical na Bahia”.

Tratamento — O granuloma ulceroso mostrou-se sempre resistente a toda e qualquer therapeutica empregada—o mercurio, o iodureto de potassio, os topicos os mais diversos, os anti-septicos, os causticos chimicos, o thermocauterio, o 606, o 914, etc., etc., não deram resultados em casos de granuloma. Somente os raios X, a rœnthgentherapia, produziram efeitos seguros.

O methodo de tratamento do granuloma ulceroso é essencialmente brasileiro. Foram GASPAS VIANNA, a quem rendemos a homenagem a mais sincera nestas despretençiosas linhas, e ARACÃO, que após notaveis estudos sobre a molestia em questão, em 1912, e depois de ensaiarem algumas substancias e vaccinas extrahidas de culturas do proprio microbio do granuloma, por elles isolado, e as terem injectado em doentes seus sem resultados, empregaram o tartaro emetico, o qual tinha dado ao primeiro daquelles scientistas, Dr. GASPAS VIANNA, tão bons resultados na leishmaniose tegumentar.

Os autores acima citados observaram os efeitos maravilhosos do antimonio sobre as lesões granulomatosas, o qual com pequeno numero de injeções fazia cicratizar rapidamente as lesões as mais antigas.

Aqui na Bahia temos curado todos os casos que observamos com o tartaro emetico.

Foi o Dr. PIRAJÁ DA SILVA, illustrado professor da nossa Faculdade, quem introduziu o methodo do tratamento pelo tartaro emetico, entre nós, e a nosso pedido fez injeções deste medicamnto, em solução a 1|1000, no nosso primeiro doente de granuloma e o primeiro caso observado na Bahia. o Dr. PIRAJÁ fazia então, auxiliado

por nós, injeccões de tartaro emetico em doentes seus de leishmaniose tegumentar.

O tartaro emetico apresenta sobre o granuloma ulceroso admiravel acção. É muito mais rapida sobre o granuloma do que sobre a leishmaniose.

Em um paciente atacado de granuloma, com lesão bastante antiga, extraordinariamente exsudativa, extremamente dolorosa e fétida, após a applicação de poucas injeccões de emetico, vemos desaparecerem a secreção, o máo cheiro, as dôres, etc.

Durante o tratamento, é commum vermos os doentes queixarem-se de comichão nas lesões, principalmente algumas horas após as injeccões.

Sobre a technica do tratamento do granuloma poderiamos repetir o que escrevemos sobre o tratamento da leishmaniose tegumentar (vide "Methodo pratico do tratamento da leishmaniose pelo tartaro emetico" Bahia 1916), acrescentando que no granuloma as primeiras injeccões produzem effeito muito rapido do que na leishmaniose.

Ultimamente temos empregado as doses iniciaes fortes procedendo da seguinte forma: fazemos a primeira injeccão intravenosa de 0,08 centigrammas ou 0,10 centigrammas de tartaro emetico para sondarmos a tolerancia do doente e se este a supporta bem fazemos a segunda de 0,12 centigrs., a terceira de 0,13 ou 0,14 centigrs., a outra de 0,15 centigrs., permanecendo então nas doses de 0,12 e 0,13, até apparecerem symptomas da intolerancia medicamentosa e si esta apparece, suspendemos as injeccões por um pequeno numero de dias, enquanto se dá a eliminacão do antimonio.

Procedendo desta forma temos curado alguns doentes e os que continuam ainda em tratamento vão extraordinariamente bem.

Cicatrizados que sejam as lesões empregamos ainda

durante um ou dois mezes as injeções de tartaro emetico em doses muito menores, de 0,08 e 0,10 centigrs., e de 2 em 2 ou de 3 em 3 dias.

Não tivemos occasião de encontrar pacientes nos quaes a molestia fosse tartaro resistente e precisasse recorrer aos raios X.

OBSERVAÇÕES

N. 1—I. P. S., 30 annos, preto, solteiro, de constituição, coberta de botões vegetantes, localizada na virilha Santa Izabel, natural da Bahia, ex-marinheiro nacional (foguista), entrou para a enfermaria no dia 15 de Setembro de 1913.

Apresentava as seguintes lesões: uma grande ulceração, coberta de botões vegetantes, localizada na virilia esquerda, medindo 7 centímetros no maior diametro (transverso) e quatro no menor (vertical). Esta lesão tinha os bordos ligeiramente circinados, a superficie granulosa, como dissemos acima, tendo quasi um centimetro de elevação e coberta de pús, pouco fétido, sanioso. A outra lesão era localizada no prepucio (um anel de um centimetro e meio de largura ao redor da glande). Esta lesão supurava tambem e a superficie ulcerada ficava coberta de botões carnosos após a retirada do pús. Sofreu o doente no Hospital de Santa Izabel uma operação de postheotomia, devido a ter se recolhido á esta casa de Caridade com uma serie de lesões no sulco balano-perpucial, que foram diagnosticadas como caneros molles.

O doente, pouco asseiado, era portador da lesão inguinal seguramente ha dous annos, ainda quando marinheiro, tidas como caneros molles.

Contou-nos ter começado por uma pequena tumefacção, que se formara consecutivamente a uma adenite

suppurada, aberta espontaneamente, e que já se tinha fechado, dizendo ainda que, tendo feito com um alfinete uma punção na referida tumefacção, déra sahida á grande quantidade de serosidade. A lesão era acompanhada de forte comichão.

Continuando a trabalhar como foguista a bordo, com falta de asseio e tratamento, a lesão augmentou muito, chegando ás dimensões então existentes. A parte periphérica de lesão era muito pruriginosa.

Antecedentes hereditarios, sem importancia. Quantos aos pessoases, porém, diz ter tido o seguinte: ha 8 annos rheumatismo, variola e ha 3 annos, um pleuriz sêcco do hemitorax direito. A lesão de que tratamos já tinha soffrido a acção de diversos medicamentos, taes como thermo-cauterio, sulfato de cobre, nitrato de prata, bichlorureto de mercurio, curetagens, etc.

Tendo visto o doente, que estava na enfermaria de S José, a cargo do dignissimo Professor de Clinica Cirurgica, Dr. CAIO MOURA, pelo Dr. TILLEMONT FONTES, assistente, soubemos que a affecção não cedia a tratamento algum. Propuzemos fazer uns esfregaços e dar-lhe o resultado após o exame do material. Fizemos então culturas em meios de Sabouraud e em caldo simples e gelose, tendo ficado todos os tubos contaminados pelos microbios pyogenicos (estaphylococcus, estreptococcus, etc.).

Os esfregaços, córados com a *Leishmann*, *Giensa*, *Jenner*, deram-nos a confirmação do que suspeitavamos, pois encontramos elementos, que reconhecemos serem iguaes aos que se vêm na gravura do tratado de *Maladies des pays chauds*, de PATRICK MANSON, e na que acompanha o artigo publicado, sobre *blastomycoses* e *esporotrychoses*, nos *Archivos Brazileiros de Medicina*, de 1913, pelo Dr. EDUARDO RABELLO, relativas ao microorganismo que consideram como responsavel pelo granuloma ulceroso.

Tinham o seguinte aspecto: corpos ellipticos córados em rosa pela cosina, tendo as dimensões de $1,5 \mu$ a 2μ , contendo no centro um nucleo tambem elliptico, porém mais alongado relativamente ao externo e córado em vermelho escuro.

Estes corpos ou elementos, em numero variavel, eram encerrados no protoplasma de grandes cellulas mono-nucleares. Existiam alguns elementos extra-cellulares espalhados e dispersos nas diversas laminas examinadas.

No fim do anno de 1913, lendo nas Memorias do Instituto OSWALDO CRUZ, fasciculo II—1913, os resultados dos estudos feitos sobre o granuloma ulceroso pelos dous dignos assistentes do mesmo Instituto, o Dr. HENRIQUE BEAUREPAIRE ARAGÃO e o joven e distincto scientista Dr. GASPAR VIANNA, tão cedo roubado á sciencia brasileira, examinamos de novo as preparações que tinhamos feito em Setembro do mesmo anno e pudemos então identificar o micro-parasita nellas contido com o das preparações reproduzidas nas estampas das citadas gravuras. Já tinhamos lido nos resumos das sessões da Sociedade de Medicina e Cirurgia, do Rio de Janeiro, publicados no "Brazil Medico" (n. 5, de 1º. de Fevereiro de 1913) e em artigos da mesma revista da lavra do desditoso scientista Dr. GASPAR VIANNA, que elle tinha observações de cura do granuloma pelo tartaro emetico.

Propuzemos aos Drs. CAIO MOURA e TILLEMONT FONTES fazer o tratamento pelo emetico, o que foi acceto de bom grado e, então, com o Dr. PIRAJÁ DA SILVA, illustrado professor da nossa Faculdade de Medicina, que na mesma occasião fazia injecções de tartaro emetico em doentes seus atacados de leishmaniose cutanea e das mucosas, fizemos quatro injecções. No fim da segunda injecção, o aspecto da lesão era inteiramente outro, pois não havia mais suppuração, a superficie da lesão ficara inteiramente

limpa, com o aspecto da pelle desprovida de pigmento. A comichão, que era muita, antes das injeccões, desapareceu completamente.

Queríamos fazer maior numero de injeccões, por termos uma recahida; após, porém, a quinta injeccão, o doente pediu alta, retirando-se do Hospital, o que fez contra a nossa vontade.

Vimos este doente, diversas vezes, durante o resto do anno, conservando-se bem, isto é, sem recahida. No anno de 1914, porém, encontrámo-lo em uma das ruas da Capital, e d'elle soubemos que a ferida, que tinha fechado, estava aberta de novo, existindo mais duas outras nas virilhas.

Em Julho de 1914, apresentou-se elle na Sala do Banco do Hospital Santa Izabel, para fazer curativo na antiga ferida, que se abrira, e em mais duas outras, uma no escroto e outra na dobra existente entre o escroto e a coxa esquerda. Estas lesões e a antiga da virilha apresentavam o mesmo aspecto: todas granulósas, com secreção sero-purulenta, acompanhadas de forte comichão e máo cheiro.

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

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

Aconselhamos ao doente que se recolhesse ao Hospital, o que fez em 6 de Julho de 1914, indó occupar o leito n. 15 da Enfermaria de S. José, do serviço clinico do nosso digno e estimado collega Dr. FERNANDO LUZ.

Nessa enfermaria, com o mesmo distincto collega, fizemos 8 injeccões intravenosas de tartaro emetico, com

resultados extraordinarios, porquanto na quinta injeccão todas as lesões estavam fechadas e a primitiva, que era dura e resistente (resistencia lenhosa), tornava-se molle como o tecido circumvisinho.

Dois dias após a quinta injeccão, apresentou o doente febre de 39° C., precedida de calefrio e seguida de suor e pontada na região esplenica. Por estes symptomas e por morar em zona paludica, examinamos o sangue, afim de vêr se encontravamos o hematozoario de LAVERAN. O exame foi positivo, forma terçã benigna, encontrando ainda mais mononucleose.

Não fizemos outra medicação, a não ser as injeccões de tartaro emetico, não sobrevivendo, entretanto, outros accessos febris.

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

Dos doentes de leishmaniose e granuloma ulceroso que temos tratado este foi o que tomou maior dõse de tartaro emetico, tendo injectado de uma só vez 0,16 centigrammas, e com grande tolerancia, pois não apresentou phenomeno algum digno de nota.

Nas primeiras injeccões este doente sentiu leve abatimento e ligeira cephalagia, que cederam sem outra medicação.

Depois que publicamos esta observação no "Brazil Medico", ns. 2 e 3 de 1915 e na "Gazeta Medica da Bahia", n. 8 de 1915, já tivemos occasião de tornar a tratar deste doente diversas vezes, porquanto é um individuo insubordinado, que abandona o tratamento assim que experimenta qualquer melhora, tendo tido diversas recahidas.

Um facto interessante, neste caso, é que o tartaro eme-

tico se tem mostrado activo todas as vezes que recomeça o tratamento.

A lesão não reapareceu no ponto primitivo, desceu para a dobra iguino-escrotal, tomando um desenvolvimento enorme quanto á extensão. A ultima vez que o tratamos a lesão estava granulosa, muito humida, com abundante secreção e máo cheiro e extendia-se pela face interna da coxa e externa da bolsa escrotal, até abaixo da dobra inguinal, cinco centímetros de cada lado.

A quantidade de tartaro injectada na primeira vez foi de uma gramma e tres centigrammas.

Tratamol-o pela segunda vez de 3 de Outubro de 1914 a 22 de Dezembro do mesmo anno, tendo injectado 0,64 centigrammas de tartaro, muito irregularmente.

Procurou-nos ainda pela terceira, quarta e quinta vezes, tendo-o medicado, fazendo injectões de tartaro emetico, de Março de 1915 a Abril do mesmo anno, de Junho a Agosto de 1915 e finalmente de Fevereiro do corrente anno a Abril, tendo abandonado o tratamento em 20 de Abril, com as lesões completamente cicatrizadas, tendo empregado tres grammas e dez centigrammas de tartaro emetico.

N. 2—J. C., com 36 annos, pardo, solteiro, natural da Bahia, tropeiro, domiciliado em Santo Amaro da Purificação, entrou para a enfermaria de S. José em 13 de Fevereiro de 1914.

Este doente já tinha estado na enfermaria o anno passado, em Outubro, apresentando duas pequenas lesões, localizadas na face interna da coxa direita, as quaes tinham o aspecto da tuberculose cutanea e 5 a 6 mezes de existencia. Fizemos o exame microscopico, com resultados positivos, porém o doente não quiz esperar pelo tratamento, retirando-se logo do Hospital.

Este anno (1913), como se aggravasse a sua doença, porquanto as lesões tomaram enormes proporções, reco-

theu-se novamente, indo para a mesma enfermaria de S. José. Fizemos outra vez esfregaços e encontramos ainda o parasita do granuloma (*calymato-bacterium-granulomat-
tis*, resolvendo começar logo as injecções de tartaro emetico.

Na sua historia progressa nada ha de importante. Antecedentes de familia sem importancia.

A molestia actual começou por uma pequena ferida que lhe nascera na região inguinal direita, em cima, e um eczema, manifestações do intertrigo, chamadas vulgarmente de *calor*. As lesões de *calor* de que elle se queixava eram localizadas nas axillas e nas virilhas, parecendo brotoejas e limitadas por uma linha mais vermelha.

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

Ao recolher-se ao Hospital, em relativo estado de saúde, as lesões já eram, comtudo, mui extensas. Assim é que estavam compromettidas as regiões inguinal direita, cruraes (direita e esquerda), escrotaes e perineal até o anus.

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

Os bordos destas lesões eram recortados, franjados e descolados, em pequena extensão. As superficies estavam cobertas de um exsudado sero-purulento, fétido. Após o curativo, apresentavam uma bella superficie vermelha. Quatro ou cinco horas após o curativo estavam novamente cheias de pús.

Em collaboração com o prezado collega Dr. FERNANDO LUZ, fizemos no doente uma serie de 8 injecções

de tartaro emetico e, no fim da quarta injeccão, o centro da affecção, de côr branca, já apresentava uma tendencia á epithelização, que se extendia superiormente para a dobra inguinal.

Na oitava injeccão, embora as melhoras fossem notaveis, como já estivesse algum tempo recolhido ao Hospital, e começasse a sentir dormencia nas pernas e ligeira perturbação da marcha, temendo o beriberi, aconselhamos a sua ida para um lugar á beira-mar, voltando assim que se achasse melhor, para continuar o tratamento. A locomoção neste doente era difficil, devido á extensão da lesão.

O doente, durante a sua permanencia no Hospital, afim de apressar a cura, fez, a nosso mando, applicação de uma pomada a 2|1.000 de tartaro emetico. Melhorou com a applicação topica, mas, devido ás dôres que sentiu, não quiz fazer nova applicação do medicamento.

Com as injeccões de tartaro a secreção sero-purulenta diminuiu muito, assim como as dôres e o comichão; a lesão diminuiu sensivelmente, estando reduzida a um terço.

Assim que desapareceram os symptomas que determinaram a sua sahida do Hospital, o doente voltou a 20 de Maio de 1914. As lesões estavam do mesmo tamanho, que na occasião em que deixou a enfermaria. Fizemos esfregaços e novos exames, não encontrando, porém, o parasita do granuloma.

Fizemos no doente mais uma serie de 6 injeccões de tartaro emetico, ficando as lesões muito limitadas. Assim é que a grande lesão, que compromettia varias regiões da coxa,—inguinal, perineal, anal,—e parte do hypogastro, estava reduzida a uma faixa de um centimetro e meio a dous centimetros, indo da região crural á inguinal direita, com a fórmula de meia lua, voltadas as pontas para cima. As outras lesões circumvisinhas estavam muito reduzidas nas suas dimensões.

Este doente pediu alta, promettendo-nos voltar nos dias de injeccão, para continuar o tratamento; até hoje, porém, não tivemos mais noticias d'elle. Por esta razão não tiramos a photographia após o tratamento, como era nosso intento.

Esta observação sahiu publicada, no "Brazil Medico", ns. 2 e 3 de 1915, acompanhada de uma photographia.

N. 3—H. F. A., com 29 annos de idade, branco, solteiro, natural da Bahia, pedreiro e pintor de paredes, domiciliado em Lenções, entrou para o Hospital, enfermaria de S. José, em 18—VI—915, tendo sahido curado a 21—X de 1915.—Diagnostico granuloma ulceroso tropical.

Este paciente era portador de uma extensa lesão situada na dobra da virilha direita, descendo pelo escroto á raiz do penis e á dobra inguino-escrotal. Tinha uma outra no prepucio, que era fechado e uma lesão pequena no angulo direito dos labios.

O distincto collega Dr. FERNANDO LUZ fez o diagnostico clinico de granuloma ulceroso, que depois foi por nós confirmado microscopicamente, tendo elle então apresentado o doente á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia.

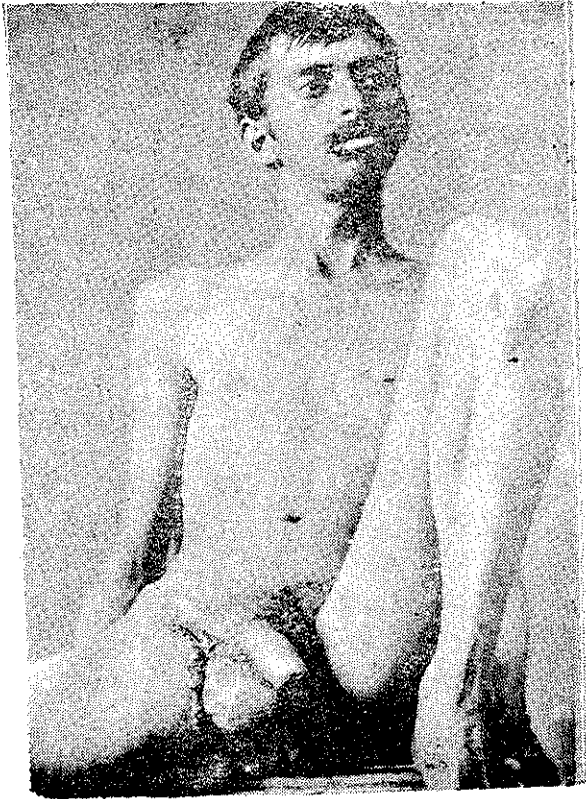
As lesões pertencem á fórma ulcero serpiginosa com bordas elevadas. Tinham cheiro fétido caracteristico, expelliam um liquido seroso abundante, que molhavam facilmente as roupas, e sangravam facilmente. As granulações eram cobertas por um epithelio roseo e muito delicado.

A lesão da virilha ia da parte media da arcada crural até o escroto, onde se dividia em dous ramos, um que seguia dobra inguino-escrotal e outro que ia pelo escroto até o penis.

A lesão do prepucio, que era situada na parte interna em contacto com a glãnde, tornou-se edematosa, chegando ao ponto de obliterar o orificio, impossibilitando a emissão

da urina, e tornando necessaria a operação da postheotomia, que foi effectuada pelo Dr. FERNANDO LUZ.

A lesão da bocca tambem era granulosa e com todos



OBSERVAÇÃO N. 3

H. T. A. antes de cura

os caracteres das outras lesões, sangrando com extrema facilidade.

Contou-nos o doente que, ha nove annos passados, sua molestia principiou por uma adenite (bubão), na virilha

direita, que foi aberta antes de tempo, tendo sahido nesta occasião uma serosidade sanguinolenta.

Muito tempo depois, não sabendo precisar quanto,



OBSERVAÇÃO N. 3
H. T. A. depois da cura

appareceu no prepucio uma ferida igual á primeira e da qual é ainda portador (1915).

As lesões eram muito pruriginosas tanto a da virilha como a do prepucio e a da bocca.

A da commissura labial data seguramente de dous

annos, e o paciente não pôde abrir a bocca, não só pelo trismo, como pela dôr que sente na séde da lesão.

Como molestias anteriores teve já ha muito tempo paludismo e sarampo, caneros molles e o bubão que foi o ponto de partida da molestia.

Seu pae morreu ha 22 annos de um pleuriz. A mãe é viva, queixa-se de uma fraqueza nas pernas e teve um parto duplo, tendo nascido-mortos os dois meninos.

Tem quatro irmãos que são sadios.

Como medicação tomou muito mercurio, xaropes do Dr. SOLZA GIBERT, varios depurativos, após de JOANNES, etc., sem o minimo resultado.

Quando tomou pós de JOANNES teve forte salivação, tendo ficado com as gengivas completamente ulceradas.

Estas lesões, associadas á do angulo direito da bôcca, difficultavam a abertura desta, symptoma esse que mais se accentuou com o tratamento pelo tartaro emetico, em consequencia da retracção cicatrical, sendo preciso fazer incisão nos musculos mastigadores.

Urinava com difficuldade, sahindo muitas vezes a urina ás gottas, difficuldade essa, que se accentuou com o tratamento, pela formação do tecido cicatrical.

A medicação empregada foi o tartaro emetico, tendo feito 25 injeções de tartaro emetico de 2 em 2 dias ou de 3 em 3 e duas grammas e trinta e seis centigrammas de substancia. Sahiu curado no dia 21—X—915.

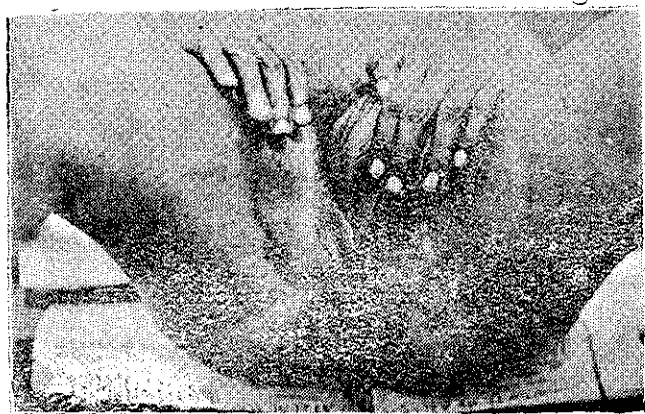
N. 4.—J. F. S., com 19 annos de deade, mestiço, solteiro, natural da Bahia (Cannaveiras), lavrador, domiciliado á Rua das Campellas (freguezia da Sé), entrou para o Hospital de Santa Izabel, indo occupar um dos leitos da enfermaria de São José, a cargo do illustrado collega Dr. FERNANDO LUZ.

Contou-nos que a sua molestia principiou por um nodulo inflammatorio, no perineu, perto do anus e que era

extremamente doloroso. Este nódulo abriu-se espontaneamente dando sahida a grande quantidade de um exsudato sero-purulento, transformando-se numa ulceração, que foi pouco a pouco augmentando em extensão.

Está doente já ha tres annos, desde 1912, tendo-lhe apparecido a molestia em Cannaveiras.

Em torno da ulceração, formaram-se ulteriormente pequenas vesiculas, que se rompiam, de modo que a lesão se



OBSERVAÇÃO N. 4

J. F. S. antes da cura

foi alastrando ao redor do anus e pelas faces internas das duas nageas por contagio directo.

Procurou o Hospital em Junho do anno de 1914, ficando internado na enfermaria de S. Pedro, onde foi submettido diariamente a applicações topicas de tinctura de iodo, tendo tido intercorrentemente uma bronchite.

Em Cannaveiras logo que appareceu a molestia tomou muito mercurio.

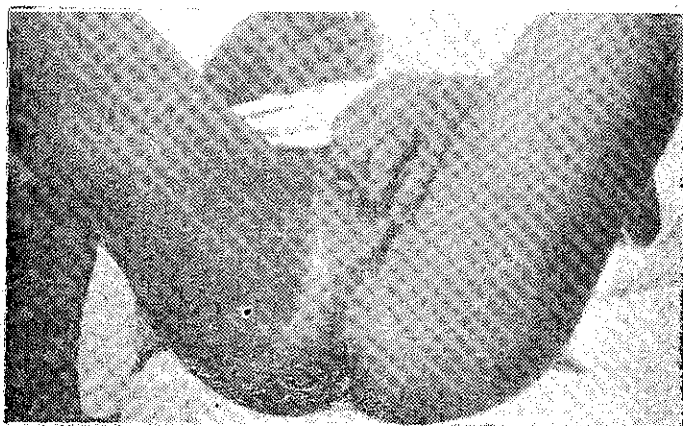
Em Dezembro de 1914 retirou-se do Hospital, no mesmo estado em que tinha entrado.

Durante o tempo que permaneceu fóra do Hospital,

ficou sem tratamento, resolvendo depois de algum tempo recolher-se novamente áquelle, em 10 de Setembro de 1915, indo para a enfermaria de S. José, onde o encontramos.

Já teve paludismo, catapóra, sarampo e variola discreta; nega ter tido as molestias venereas.

O pae ainda é vivo e diz o doente soffrer de tuberculose; a mãe morreu de parto e nunca teve abortos. Tem tres irmãos vivos. Teve mais 6 irmãos, que morreram,



OBSERVAÇÃO N. 4

J. F. S. depois da cura

uns pequenos, com poucos dias de nascidos e outros maiores, de ancylostomose, segundo as informações que elle dá.

E' pederasta passivo confesso.

A lesão granulomatosa se estende do anus a todo o perineu, chegando á dobra inguino-escrotal direita para deante e para traz até o cocyx.

Não havia lesão da mucosa do recto e externamente o maior desenvolvimento da affecção era justamente na

dobra inguino-escrotal, tendo ahí uma largura de quatro centímetros.

A fôrma clínica é a ulcerosa serpiginosa com bordas não elevadas.

As lesões eram todas superficiaes, de fundo granuloso, semelhante a grandes botões carnosos e sangrando facilmente ao menor atrito.

Feito o diagnostico clinico pelo Dr. FERNANDO LUZ e confirmada por nós a existencia do *calymmato-bacterium-granulomatis* iniciamos logo o tratamento especifico pelo tartaro emetico.

Fizemos-lhe 50 injeccões, de 2 em 2 ou de 3 em 3 dias, nas doses de 0,08 a 0,12 centigrammas, tendo empregado 5 grammas e 80 centigrammas de substancia medicamentosa.

A cicatrizaçào foi rapida, tendo iniciado pela parte central da lesão. Terminado o tratamento verificamos o estreitamento do orificio do anus.

O Dr. FERNANDO LUZ fez uma serie de dilatações ao mesmo tempo que terminavamos o tratamento pelo emetico, tendo o paciente ficado completamente curado, sahindo do Hospital a 20 de Abril do corrente anno (1916).

N. 5—L. J. S. A., com 8 annos de idade, preto, natural da Bahia, domiciliado no Engenho Velho.

Contou-nos que a sua molestia principiou no perineu, em Fevereiro de 1915, e que algum tempo depois rebentou na massa glutea do lado direito.

Diz que parecia um cobreiro e era acompanhada de intenso prurido, quebrando elle no acto de coçar as bolhas, das quaes sahia um liquido, alastrando-se então pela dobra interglutea, perineu e massas gluteas.

Da lesão exsudava grande quantidade de pús seroso, tendo máo cheiro.

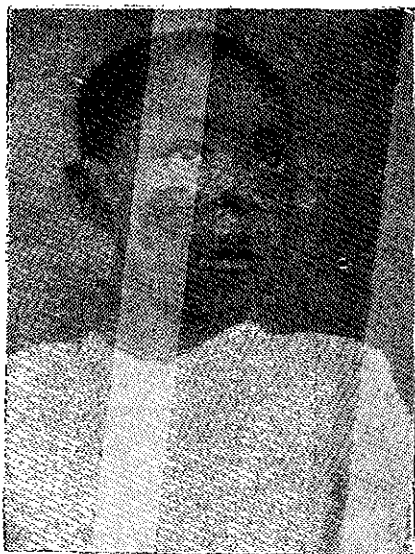
Mais tarde appareceram lesões semelhantes na face:

direita, no nariz e nos labios, devidas provavelmente a inoculação feita pelas mãos que coçavam as primeiras lesões.

As lesões sangravam com extrema facilidade e ao menor choque.

Tem paes vivos e 10 irmãos.

Já teve sarampo, variola, não sabendo dar informa-



OBSERVAÇÃO N. 5

L. J. S. A. antes da cura

ções outras. Não conseguimos falar com a mãe desta criança, a fim de conhecermos melhor o inicio da molestia e termos informações outras que ella pudesse fornecer-nos.

Este doente percorreu algumas clinicas do Hospital Santa Izabel e depois foi transferido para o nosso serviço pelo Dr. GENESIO SALLES.

O pequeno paciente já tinha tomado injecções mercuriaes, mercurio internamente, arsenico, oleo de figado

de bacalhão, e muitas outras drogas, sem apresentar melhora alguma.

Na ocasião em que o vimos a lesão era bastante extensa, occupando o perineu, margem do anus, dobras gluteas, dobra inter-glutea, massas gluteas subindo até quasi a região lombar de ambos os lados.

Em innumerous esfregaços que fizemos conseguimos encontrar o parasita responsavel pelo granuloma.



OBSERVAÇÃO N. 5

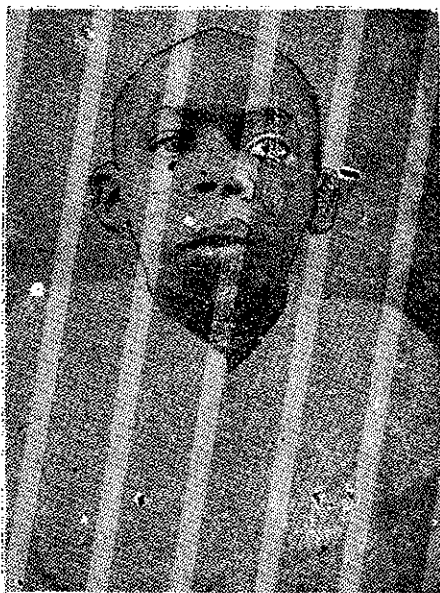
L. J. S. A. antes da cura

A parte da lesão situada no perineu era granulomatosa, vermelha, com pouca secreção, muito dolorosa e impossibilitava-o de sentar. O paciente andava de quatro pés e para deitar-se ou dormir fazia-o na posição genu-peitoral. Esta lesão vinha até o raphe escrotal.

Nas massas gluteas havia partes cicatrizadas, cobertas de um epithelio delicado, roseo, ao lado de lesões em evolução, ulcero-granulomatosas.

A photographia diz mais do que qualquer descripção.

A lesão do rosto tambem era bastante extensa, occupava a região geniana direita e a bochecha subindo um



OBSERVAÇÃO N. 5

L. J. S. A. depois da cura

pouco até a região do canal lacrimal, sem contudo atingir-a, as duas azas e o lobulo do nariz, descendo ao labio superior e invadindo uma pequena parte da bôca (labio superior).

A forma clinica era a ulcerosa-serpiginosa, de bordas elevadas em umas partes e não elevadas em outras, podendo considerar-se como uma forma mixta.

A lesão do rosto tem um caracter interessante e que ainda não vimos citado por autor nenhum, é a formação de crostas no limite da lesão (bordas), principalmente nos orificios das fossas nasaes.

O pequeno paciente que estava muito fraco, acha-se actualmente bastante disposto e com as lesões em estado adeantado de cicatrização (quasi curado).

Com o tratamento, desapareceu completamente a secreção, o estado geral melhorou e a cicatrização foi appa-



OBSERVAÇÃO N. 5

L. J. S. A. depois da cura

recendo no centro das lesões e irradiando-se para a periphéria.

As lesões das nadegas e do perineu estão completamente curadas.

O doente já se senta e não sente mais dores.

Já fizemos 45 injeções de tartaro emetico variando a

dóse de 0,03 a 0,12 centigrammas, tendo injectado tres grammas e vinte nove centigrammas.

Após a oitava injectão teve diarrhéa e colicas intestinaes que attribuímos á qualidade do tartaro emetico.

Após algumas das injectões teve accessos de tosse.

N. 6—R. A. S., com 19 annos de idade, solteira, sexo feminino, mestiça, cozinheira, natural da Bahia, residente á Calçada, entrou para o Hospital em 10 de Abril de 1916, indo occupar um leito da enfermaria de Santa Maria, a meu cargo.

A sua molestia principiou por um comichão na raiz dos cabellos do pubis. Passado algum tempo sentiu o mesmo comichão nos órgãos genitales externos, tendo-se ahi formado uma especie de verrugas muito pequenas que se quebravam, dando sahida á serosidade, e se ulceravam.

Diz estar doente somente ha seis mezes.

Sentia muitas dôres, principalmente á noite, impossibilitando-a de dormir, levava a mór parte do dia em posição resupina, virando-se de um para outro lado, sem ter socego, com as vestes e a roupa da cama molhadas pela abundante secreção que dava a ferida, secreção que tinha cheiro fétido muito accentuado e caracteristico.

Durante alguns dias a serosidade apresentou-se misturado com grande quantidade de sangue.

Tinha febre durante o dia, sendo mais elevada á tarde 38,5 a 39°. e ficou muito abatida.

Nega firmemente as molestias venereas, e a reacção de Wassermann, feita pelo illustrado collega Dr. AGGRIPINO BARBOSA, foi francamente negativa. Já teve sarampo, sarna e paludismo.

Tem mãe viva, e que é doente, não sabendo, porém, a molestia de que padece. Não conheceu o pae, pois era muito

pequena quando elle morreu. Tem mais dous irmãos, que são sadios.

Já teve tres filhos vivos, um morreu com tetano umbelical. Nunca abortou.

Quando principiaram as lesões não eram dolorosas, mas o comichão era muito forte.



OBSERVAÇÃO N. 6

R. A. S. antes da cura

Diz não ter tomado remedio algum antes de entrar para o Hospital.

A fórma clinica deste caso era a hypertrophica, papillomatosa, não serpiginosa.

A lesão era extensa e já havia um começo de invasão da vagina e extendia-se a toda a porção dos grandes e pequenos labios, desde a arcada pubiana até o perineu. Lateralmente chegava até a face interna da coxa. Tinha seguramente 5 a 6 centimetros de altura, a superficie papillomatosa, não ulcerada, coberta porém de um epithelio muito fino e que sangrava com a maior facilidade.

Esta enorme massa de tecido neoformado apresentava

profundas fendas, separando o tumor papillomatoso em diversos tumores parciais (6); dois que acompanhavam os pequenos labios, dois os grandes labios e dois mais externos, na face interna das coxas. As fendas desciam profundamente até o nível primitivo da pelle.

A affecção na sua totalidade tinha 10 centímetros de diametro por 12.

Fizemos diversos exames do material fornecido pelas lesões, tendo encontrado raríssimos microbios do granuloma no meio de inumeros espirochetas fusiformes. Procuramos embryões de filaria no sangue retirado á noite, e durante o dia, porém o exame foi sempre negativo.



OBSERVAÇÃO N. 6

R. A. S. depois da cura

O estado da doente era pessimo, tendo quatro a cinco vertigens por dia, além das frequentes e abundantes hemorragias.

Na terceira injeccão de tartaro emetico já havia grande modificação local, o cheiro fétido estava diminuido,

o liquido secretado era menos abundante, somente o estado geral da doente não se modificou.

Na quinta injeccão apresentou forte reacção, tendo tido diversas vertigens, grandes hemorragias pela lesão, febre de 38,5 e 39 grãos, pensando nós em um desenlace mais ou menos proximo. No outro dia fomos surpreendidos pelas notaveis melhoras, não só das lesões como do estado geral da paciente, que não parecia a mesma da vespera.

Não podia levantar-se da cama e pudemos somente tirar a photographia após a oitava injeccão, a qual levantou muito o estado geral da doente, mostrando as lesões reduzidas quasi a dois terços.

Com as oito primeiras injeccões o estado local melhorou de um modo espantoso, tendo ficado então estacionario durante um certo tempo, para de novo progredir a melhora.

Afim de apressarmos a cura, fomos obrigados a retirar uma parte do tecido hypertrophiado e esclerosado a thermo-cautheurio, o que foi feito a 11 de Julho do corrente anno, (1916) pelo distincto collega Dr. FERNANDO LUZ, auxiliado por nós.

As lesões actuaes são insignificantes e a parte ulcerada resultante da thermo-cautherização está completamente cicatrizada.

Para diminuir o máo cheiro que exhalava a lesão mandamos fazer applicação de compressas de permanganato de potassio, que quasi nada adeantaram. Todas as doentes dos leitos vizinhos reclamavam contra a permanencia da doente.

Com as injeccões de emetico a doente, que parecia entrar em cachexia, apresentou notavel transformação, tendo-se levantado o estado geral, ficando alegre e satisfeita e engordando.

As dôres que eram fortissimas desappareceram com as primeiras injeccões.

Já lhe fizemos 27 injeções intravenosas de tartaro emetico, considerando-a curada, continuando porém em tratamento, para garantirmos a cura.

As injeções foram feitas de 2 em 2 dias, tendo empregado tres grammas e alguns centigrammas de tartaro emetico.

N. 7—M. A. S., com 34 annos, preto, solteiro, barbeiro, natural da Bahia, domiciliado na Baixa da Soledade, frequentava a sala do banco do Hospital Santa



OBSERVAÇÃO N. 7

R. A. S. depois da cura

Izabel, já ha algum tempo, fazendo curativos em uma ferida localizada no pubis e no penis.

Um collega que viu o paciente na sala do banco nol-o

enviou para examinal-o. Logo á primeira vista, fizemos o diagnostico de granuloma ulceroso, que foi depois confirmado microscopicamente.

Contou-nos que a sua molestia principiou por numerosas ulcerações localizadas ao redor da glande. Formaram-se em seguida bolhas, que arrebentavam por si e se reuniram formando uma só ferida.

Como tratamento elle empregou causticos chimicos, que queimaram bastante (licor anti-phagedenico, nitrato de prata, etc.).

Está doente desde 1910, não tendo melhorado desde que cahiu doente, comtudo nunca a sua molestia o obrigou a ficar deitado. Na sala do banco está ha 14 mezes fazendo curativos sem ter a menor melhora.

Ja teve blenorrhagia ha muitos annos, dois bubões na mesma época, tendo-se ambos aberto espontaneamente. Já teve sarampo e catapóra.

Tem pae vivo; a mãe morreu de parto. Tem dous irmãos, que são fortes. Diz que sua mãe abortou diversas vezes.

A lesão inicial, situada ao redor e atraz da glande, foi augmentando e passando ao pubis, onde existe tambem uma lesão.

Disse-nos que após o apparecimento da lesão primitiva a molestia foi-se alastrando por todo o penis, destruindo em grande parte o corpo cavernoso e acarretando a deformação e retracção do penis.

Em consequencia da destruição da face dorsal deste, a glande foi revirada, vindo unir-se ao resto dos corpos cavernosos, ficando assim o membro com o aspecto de um ponto de interrogação. O meato urinario veio a ficar situado na parte media e superior do penis e um pouco para o lado direito.

Diz o doente que quando fazia lavagens sahiam pedaços de tecidos mortificados.

Além das lesões do penis, é portador de outra lesão no pubis, ao lado direito.

A fôrma clinica é a ulcerosa serpiginosa de bordos não elevados.

A lesão do pubis é a mais recente, que appareceu ha cinco ou seis mezes.

Começou por um nódulo, que o enfermeiro abriu, sahindo pús seroso e sanguinolento e estendeu-se á virilha unindo-se posteriormente á lesão primitiva.

As lesões deitavam muito liquido, fétido, abundante e que molhava as vestes.

A lesão do pubis é ulcerosa, mede 7 centímetros por tres, apresenta os bordos cheios de botões carnosos, recobertos de epithelio fino e sangrando muito facilmente do mesmo modo que a lesão do penis, havendo em certos pontos partes cicatrizadas.

O estado geral do individuo portador destas lesões é optimo, não havendo quem, pelo aspecto, o julgue doente.

Iniciado o tratamento, as lesões modificaram-se de um modo repentino. Já fizemos 15 injeccões e a lesão do pubis está quasi fechada, a do penis tambem está cicatrizando rapidamente.

Não existe mais secreção nem máo cheiro.

Elle sente um comichão muito forte no dia das injeccões, que passa porém rapidamente.

O penço já não se muda diariamente e já não existe mais a secreção que molhava as vestes.

N. 8—Observação do Dr. OSCAR TILLEMONT FONTES.
—R. S. E., com 40 annos de idade, solteiro, preto, carregador, natural da Bahia, morador na freguezia da Sé, entrou para o Hospital em 16 de Junho de 1916, para o serviço clinico do illustrado professor Dr. CARLOS FREITAS.

Contou que a sua molestia principiou em Agosto de 1911, por molestias venereas, tres cancro no prepucio, o qual começou a inchar fechando completamente, sendo obrigado a fazer uma operação de postheotomia, a qual foi feita pelo illustrado professor Dr. CAIO MOURA, sahindo porém do Hospital, não curado.

Continuando a sua molestia, tórnou a entrar, indo occupar um dos leitos da enfermaria de S. José.

Vimol-o e tratamol-o nesta occasião, em 1914. Estava com o penis descorticado e tinha uma fistula na base deste, a qual fechou somente após grande numero de injeccões intramusculares de biiodureto de hydrargyrio e uma injeccão intravenosa de salvarsan. Retirou-se do Hospital bom.

Em Dezembro do anno passado, começou a sentir um prurido no pubis, apparecendo em seguida diversas bolhas, que quebradas com o côçar deram sahida a uma serosidade com máo cheiro.

Fez muitas applicações topicas, mas a lesão nunca cedeu a remedio algum.

Em Abril do corrente anno quiz entrar para o Hospital, e não o conseguindo, começou a lavar com soluções antisepticas, collocando após um pouco de pó de JOANNES. Continuando a peorar, occupando a lesão todo o lado direito do pubis, recolheu-se por fim ao Hospital.

A lesão do pubis tinha sete centimetros de comprimento por tres de largura e extendia-se horizontalmente para a virilha.

O penis está destruido, tendo apenas uma pollegada de comprimento, não tendo mais a pelle que o protege normalmente.

A fórma clinica é a ulcerosa serpigínosa com bordas elevadas.

A lesão é muito pruriginosa, deita grande porção de serosidade, e tem máo cheiro muito accentuado.

Confessa não ter tido relações sexuaes com mulheres ha muito tempo (ha mais de quatro annos).

Como molestias anteriores teve as seguintes: sarna diversas vezes, paludismo, variola ha 12 annos, cancrios e após algum tempo rheumatismo e uma adenite venerea.

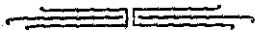
Não tem paes vivos; a mãe morreu de variola e o pae morreu louco, no Asylo S. João de Deus. Tem 14 irmãos vivos, sadios e fortes. A mãe nunca teve abortos.

Não foi pesquisado o microbio do granuloma, porém o tratamento pelo tartaro emetico tem dado resultados maravilhosos, estando quasi cicatrizada a lesão do pubis, assim como a do côto do penis.

Já tomou quatorze injeções de tartaro emetico e um gramma e cincoenta centigrammas de substancia e continúa em tratamento no Hospital.

Agradecemos esta observação a uma gentileza do Dr. OSCAR TILLEMONT FONTES.

Bahia, 31—VII—916.



Alienados delinquentes na Bahia ^(*)

PELO

DR. ALFREDO BRITTO

Apezar dos progressos que se tem feito em Psychiatria forense, ainda existem actualmente, como antes se verificara, alienados que por terem commettido crime são levados ao tribunal, por elles condemnados e vão cumprir, em uma penitenciaria, a pena imposta por um delicto que elles, de facto, fizeram, mas que não são nem podem ser responsaveis, devido ao seu estado mental; o que é contrario não só a todos os principios scientificos como até á caridade e á piedade, sentimentos que se não devem existir quando se trata de criminosos communs, presentes devem estar quando se refere a alienados delinquentes, pois outra cousa elles não são que doentes.

Quero falar exclusivamente d'aquelles que no momento do crime já não tinham perfeitas as suas faculdades mentaes, ainda mesmo que estas perturbações só se tenham manifestado no momento de commetter o delicto; deixando de lado a questão de individuos que, no curso do cumprimento da pena se tornam alienados, chegando alguns alienistas a crearem uma entidade morbida para estes, denominada: psychose penitenciaria;

(*) Este artigo foi escripto em maio de 1916 e só agora é publicado por motivos independentes da vontade do autor.

prefiro, porem, ficar em companhia d'aquelles que não admittem tal typo, dizendo que a longa permanencia na penitenciaria poderá influir para a alienação, porem somente nos individuos tarados e nos quaes os quadros clinicos podem apresentar variadas formas, traductoras d'esta ou d'aquella molestia.

O delicto commettido pelos alienados nem sempre tem os mesmos caracteres: o demente precoce e o epileptico o podem fazer em uma impulsão, instantaneamente, sem que depois saibam explicar o motivo de tal procedimento, ou como um epileptico que está internado no Hospicio S. João de Deus que após ter morto uma mulher e uma criança encontrou no caminho uns companheiros e os convidou para ver como elle tinha «*matado gente como diabo*»; ha ainda na litteratura medica o caso de um epileptico que matou *oito* pessoas em um dia. O alienado, porem, que tem delirio de perseguição age de modo muito diverso: architecta todo o seu crime, pensa em todas as minucias e o executa convencido de que age em legitima defeza de sua pessoa ou de seus direitos. Ha casos de alcoolismo em que o individuo vae elle proprio se denunciar á justiça, são os auto denunciadores; elles chegam ao ponto de accusarem-se como auctores de crimes não praticados por elles. Os paralyticos geraes roubam sem a menor preocupação de esconder o seu roubo, muitas vezes, objectos de ridiculo valor e de nenhuma utilidade para elles. Conta-se o caso de um idiota que, encontrando o guarda de sua enfermaria a dormir cortara-lhe a cabeça e pacientemente esperara que elle acordasse para ver a immensa graça que, naturalmente, acharia em encontrar a cabeça separada do corpo; como ausencia de noção

de um crime não pode haver caso mais evidente, afóra o raciocinio absurdo em esperar que um homem decapitado pudesse accordar. Não se deve esquecer que o modo de praticar o crime não indica de forma alguma a molestia; dois crimes iguaes podem ser commettidos por individuos que tenham molestias differentes; assim tambem a molestia não faz prever a maneira de effectuar o crime, dois individuos com a mesma molestia podem proceder criminosamente de modo muito diverso.

Embora muito resumidamente, acabamos de ver as varias formas dos crimes pathologicos, verdade é que nem todos são tão evidentes como os exemplos citados, mas, por motivos que adiante mostrarei; muitas vezes, e nos paizes mais adiantados os seus auctores são condemnados.

O jurisconsulto Fitzroy-Kelly, em um *meeting* em Londres declarou que durante 64 annos se tinham commettidos na Inglaterra 60 assassinatos legaes, tal o numero de alienados executados.

Pactet teve occasião de ver varios alienados condemnados por delictos que nada mais eram «que manifestações delirantes de suas affecções mentaes» e que poucos dias depois de sua reclusão, ou mais tarde, por uma pericia medico-legal eram transferidos para asylos, no primeiro caso pela evidencia das perturbações mentaes, no segundo pelas conclusões dos peritos.

Magnan e Garnier fizeram uma estatistica e viram que durante um lustro, 255 alienados foram transferidos das prisões para os asylos, pouco tempo após as suas condemnações. Não admira, pois, que na Bahia factos d'esta ordem se tenham dado, e assim na Penitenciaria,

onde existem 217 reclusos, encontrei 10 que são manifestamente alienados (31—4—916).

Devo dizer aqui a enorme difficuldade que me encontrei para fazer estes exames, apesar da extraordinaria bôa vontade do seu competentissimo director Dr. F. P. de Castro Lima, cujas gentilezas muito agradeço, mas não poudes remover os obices por não estarem ao seu alcance. Quero me referir á absoluta falta de dados sobre a vida do preso, antes de ser recolhido á Penitenciaria, pois, só o acompanha para lá um officio em que se cita o artigo do codigo em que está incurso e a pena a cumprir; não podiam ser de um laconismo maior; quero crer mesmo que exista um numero maior de alienados do que o indicado por mim, mas sem a menor informação, analphabetos, na grande maioria, sem nenhum cultivo intellectual, que digam os mestres no assumpto, como se tornam difficeis estes exames. Ao menos devia acompanhar o preso as peças do processo a que elle respondeu porque ali já se podia ver os seus antecedentes, a maneira de commetter o crime, os seus habitos, etc. etc.

Os dez alienados vistos por mim são condemnados pelos seguintes crimes:

Homicidio.....	9
Ferimento leve.....	1
	<hr/>
	10

E apresentam as seguintes molestias:

Alcoolismo chronico.....	5
Epilepsia.....	1
Paranoia.....	1

Imbecilidade.....	1
Degenerado.....	1
Pellagra.....	1
	<hr/>
	10

Fazendo uma relação entre os crimes e as molestias temos o quadro seguinte:

Alcoolismo chronico.....	}	Homicidio
Paranoia.....		
Imbecilidade.....		
Degenerado.....		
Pellagra.....		
Epilepsia.....		Ferimentos leves

No Hospicio S. João de Deus, desde Janeiro de 1912 até 31 de Abril de 1916, têm estado 25 alienados delinquentes e que commetteram os seguintes crimes:

Homicidio.....	21
Ferimentos graves.....	1
Roubo.....	1
Attentado á propriedade.....	1
Ignorado (*)......	1
	<hr/>
	25

E apresentam as molestias seguintes:

Demencia precoce.....	9
Epilepsia.....	6
Alcoolismo chronico.....	6
Degenerado.....	3
Degenerado dipsomano.....	1
	<hr/>
	25

(*) Foi enviado por um juiz do interior em cujo officio de remessa, apenas dizia ser o individuo criminoso.

Fazendo uma relação entre molestias e crimes temos:

Demencia precoce.....	} Homicidios
Epilepsia.....	
Alcoolismo chronico	
Degenerado	
Degenerado dipsomano.....	
Degenerado	Ferimentos graves
Epilepsia.....	Roubo
Epilepsia.....	Attentado á propriedade

Estabelecendo uma relação geral entre crimes e molestias dos alienados delinquentes do Hospicio e da Penitenciaría, temos:

Formas nosologicas	Homicidio	Ferimentos graves	Ferimentos leves	Roubo	Attentado a propriedade	TOTAL
Alcoolismo chronico	11	.....	.....	.....	.....	11
Epilepsia.....	7	.....	1	1	1	10
Demencia precoce	9	.....	.....	.....	.....	9
Degenerado	4	1	.....	.....	.....	5
Degenerado dipsomano ...	1	.....	.....	.....	.....	1
Paranoia	1	.....	.....	.....	.....	1
Imbecillidade	1	.....	.....	.....	.....	1
Pellagra	1	.....	.....	.....	.....	1
Somma.....	35	.....	.....	.....	.....	39

Para comparação com este quadro poderia referir varias estatisticas estrangeiras, limito-me, porém, a citar a do manicomio Conde de Ferreira sobre 39 criminosos que existiam em 1888:

Formas nosologicas	Homicidios	Homicidios Involuntarios	Tentativas de homicidios	Offensas corporaes	Attentados ao pudor	Incendios	Furtos	TOTAL
Epilepsia	2			6				8
Mania intermittente.....	2			2		2	1	7
Imbecilidade				1	1		3	5
Paralysis geral			1		1		2	4
Delirio de perseguição.....		3						3
Melancolia impulsiva	3							3
Mania	1					1		2
Mania remittente				2				2
Loucura circular							2	2
Delirio sensorial		1						1
Demencia				1				1
Loucura moral				1				1
Somma	8	4	1	13	2	3	8	39

Tambem citarei para estudo comparativo a estatística do Instituto Medico-Legal do Porto, feita durante 11 annos, de 1901 a 1912:

Formas nosologicas	Furto e roubo	Aggressões	Infanticidios	Envenenamentos	Homicidios	Violações	Fogo, posto e danno	Outros	TOTAL
Debilidade mental	4	8	3	1	4	2	2	7	31
Mania	1	5			4	1	8	2	21
Epilepsia	1	4		1	6		3	2	17
Paranoia		4			4			3	11
Alcoolismo		1			3			2	6
Hysteria	1			1				2	4
Neurasthenia					1			2	3
Loucura moral					1	1		1	3
Melancolia		1			1		1		3
Confusão mental			1		1				2
Paralysis geral	1							1	2
Demencia senil		1						1	2
Demencia precoce					1			1	2
Pellagra					1				1
Outras doenças mentaes		3			1			2	6
Somma	8	27	4	3	28	4	14	26	114

O professor Nina Rodrigues, respondendo em 1905 ao questionario enviado pelo Medico chefe do Asylo de Villejuif, dá como mais frequente nos alienados delinquentes e condemnados, as seguintes formas de alienação mental:

«1.º—Os delirios de perseguição, quer paranoicos

(delirios systematisados, demencia paranoide), quer alcoolicos;

2.º—Manifestações psychicas da epilepsia (verdadeiros alienados epilepticos, eu excludo os epilepticos com accesso motor);

3.º—Os debeis, os fracos de espirito, etc.»

Do estudo das diversas estatisticas aqui apresentadas, vê-se que differem bastante entre si, o que permite tirar, pelo menos, a conclusão seguinte: não ha molestia na qual a deliquencia seja um signal pathognomonic.

O registro clinico do Hospicio accusa dois casos que não entraram n'este computo, porque um era criminoso, mas não era alienado, outro nem uma nem outra cousa; ambos eram simuladores da loucura.

O primeiro caso comprehende-se facilmente, o segundo precisa de uma explicação: era um individuo cujo filho morrera em sua companhia em condições um tanto obscuras, dando logar a que se suspeitasse ser elle o auctor da morte de seu filho e apezar das suas affirmações em contrario, fôra preso.

Emquanto proseguia o inquerito e o exame toxicologico das visceras do morto (pois a suspeita era de envenenamento) elle se fingira alienado, julgando dest'arte estar isento de qualquer condemnação.

Refiro estes dois casos simplesmente para lembrar a possibilidade de simulação em criminosos, ou mesmo n'aquelles que embora não o sejam d'elles se suspeita.

Os alienados delinquentes que vão para o Hospicio, para ahi são conduzidos, ou por ordem de um Juiz, ou transferidos da penitenciaría por lá se tornar perigosa a sua permanencia; os que estão na penitenciaría foram

condemnadados e lá estão a cumprir penas por crimes pelos quaes não são responsaveis.

Pactet e Colin dão cinco causas para explicar a condemnação de alienados: 1.º o tribunal onde são julgados os flagrantes delictos que pela rapidez do seu funcionamento, muita vez, o inculpado não tem tempo de pronunciar uma palavra, de modo que ninguem pode desconfiar de sua alienação; 2.º a falta de pericia; 3.º a rejeição das conclusões dos peritos; 4.º recusa de pericia; 5.º erro dos peritos não descobrindo a alienação e opinando pela responsabilidade em um individuo que não a tem.

Entre nós não são tantas as causas. Não temos o tribunal de flagrantes delictos, não me consta que tenha havido erros de peritos, nem recusa de pericia e muito menos rejeição das conclusões dos peritos. Entre nós, felizmente, não houve até hoje e quero crer que não haverá, o conflicto medico judiciario que se tem desenvolvido principalmente em paizes da Eúropa e tão bellamente descripto na seguinte pagina de Julio de Mattos:

«... é o infanticida Papavoine, decapitado, a despeito da opinião largamente documentada de Georget, que o reputou um impulsivo; é o alsaciano Ferdinand X, condemnado á prisão, contra o juízo medico de Morel e de Falret; é Bouton, epileptico impulsivo, condemnado a trabalhos forçados, contra as conclusões medico legaes de Pezerat; é o matricida Jordan, soffrendo sentença de morte, não obstante o parecer de Desmairsous, que o declarou epileptico; é o homicida John Piers, condemnado a trabalhos forçados a despeito de se ter demonstrado que era um perseguido, actuando sob a immediata influencia de allucinações auditivas;

é Bellingham, homicida delirante, decapitado sobre o pretexto de que sabia distinguir o bem do mal; é Holzapfel, condemnado a trabalhos forçados, mau grado o parecer de alienistas que o reputaram epileptico e somnambulo; é Gustavo Chornisky, condemnado a quinze annos de reclusão carceraria; contra o parecer de Meyer e o depoimento scientifico de Morel, que diagnosticou a paralytia geral de que elle havia de morrer dezoito mezes depois do julgamento; é Misdéa, fusilado, não obstante os relatorios de Lombroso e de Bianchi, que o demonstraram epileptico; é Melloni, tão eminentemente parecido com Marinho da Cruz, condemnado a vinte annos de degredo, contra o parecer luminoso de Boufigli: é o infanticida Grandi, condemnado a vinte annos de reclusão carceraria, não obstante as provas da sua imbecilidade, magistralmente accumuladas e postas em relevo por Morselli; é Grutan, decapitado a despeito da demonstração que se fez da sua loucura; são dezenas de cabeças cahidas na guilhotina e centenas de vidas extinctas nas prisões e nos desterrros, em nome de uma responsabilidade que a psychiatria contestou.»

Devo citar tambem o caso do Alferes Marinho da Cruz occorrido em Portugal e contado por Julio de Mattos, onde aquelle foi condemnado, por homicidio, ao gráo maximo da pena, apezar dos peritos o terem considerado como epileptico e irresponsavel.

Entre nós a causa unica da condemnação de alienados tem sido até hoje a falta de pericia; quando o accusado não tem uma pessoa que se interesse por elle e o quadro morbido não é muito evidente, naturalmente passa despercebido aos juizes que não têm obrigação de

conhecer profundamente estas questões psychiatricas; muitas vezes para o profano, individuos ha que são classificados de vagabundos, desordeiros, possuidores de maus instinctos, etc; e no entanto para os psychiatras esses mesmos individuos são doentes portadores de molestias capazes de produzir taes habitos; como mais frequentes poderei citar a degeneração e a epilepsia.

E' uma grande lacuna a falta de uma lei especial sobre os alienados e principalmente sobre os alienados delinquentes; de referencia a estes, ha no codigo penal em vigor dois paragraphos e um artigo, que constituem tudo o que ha de mais vago e absurdo no assumpto.

Vejamus por partes. O artigo 27 do codigo penal diz: «não são criminosos» e nos seus dois primeiros paragraphos refere-se aos menores. Não quero entrar n'este assumpto. O § 3.º porem, reza:

«Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação» e o § 4.º é redigido n'estes termos: «os que se acharem em completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime».

Absurda redacção e pessimo emprego de palavras que só deixam entrar de pleno direito n'esses paragraphos, poucos typos de alienação, ficando de lado, e portanto sendo criminosos um grande numero de alienados cujas manifestações clinicas absolutamente se enquadram nos paragraphos citados. Assim é que pelo paragrapho 3.º teremos dois, ou com um pouco de boa vontade, tres typos: o demente senil, o imbecil e o idiota. A descripção feita no paragrapho 4.º me dá a impressão de um individuo em coma ou em estado de

morte apparente; afóra isso raro são os alienados que se podem encontrar nas condições indicadas no referido paragrapho; e os paranoicos, os perseguidos, os dementes precoces, os alcoolatas chronicos, os degenerados, etc. etc. não são alienados?

E como taes não estão ao lado dos imbecis, dementes senis e idiotas? Se estes commetterem um crime, pela letra do codigo não são criminosos. E os outros serão? Como é mal feita esta parte do codigo?!

Felizmente, a primeira parte do artigo 29 é mais scientificamente redigida, mas quanto á sua segunda parte não posso estar de accordo; diz o artigo: « os individuos isentos de culpabilidade, em resultado de affecção mental, serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alienados, si o seu estado mental assim exigir para a segurança do publico. »; de modo que fica inteiramente ao criterio do juiz, julgar do perigo que corre a sociedade afim de enviar o alienado para um hospicio ou entregal-o a sua familia, papel este que muito mais judiciosamente deveria caber ao psychiatra; mais adiante direi minuciosamente minha opinião a respeito.

Mas, dizia eu antes de fazer commentarios sobre o codigo penal, que a causa principal e unica da condemnação de alienados, na Bahia, era a falta de pericia; justo é, portanto, que indique qual o meio para evitar este mal e como se deve proceder a pericia.

Já em 1905 o Professor Nina Rodrigues se manifestava partidario do exame mental em todos os delinquentes e achava uma «boa medida» a generalisação do serviço de medicina mental das prisões belgas, creado desde 1891 de facto, é muito logico e razoavel este

modo de pensar, que certamente viria diminuir ou mesmo fazer desaparecer os casos de condenação de alienados. Bastava que os medicos das prisões tivessem os conhecimentos necessarios de psychiatria e durante o processo, que geralmente dura mais de mez, elles fariam a observação do detido e caso desconfiassem de alienação, até as vespervas do julgamento, poderiam pedir ao juiz a determinação de uma pericia. Mas como fazer esta pericia?

Actualmente, sendo requerida uma pericia para exame de sanidade mental o juiz nomeia geralmente especialistas para o caso; porém, pode, e eu já tenho visto mais de uma vez, nomear-se clinicos de muita competencia e grande illustração, nos quaes falham por completo conhecimentos psychiatricos.

Acho defeituosa essa maneira de proceder; não é logico nem consentaneo com a boa razão, que um medico distincto, mesmo de grande notoriedade, mas que se não tenha dedicado a estudos especializados de psychiatria, seja nomeado para dar sua opinião em assumptos que elle não conhece bem.

Bem longe de mim de com estas palavras fazer a leve censura aos meus collegas; elles sabem tão bem quanto eu que se não pode ser especialista em todas as especialidades, simultaneamente.

Para evitar este inconveniente acho muitissimo mais razoavel a criação de um Conselho Psychiatrico composto de tres ou cinco membros, naturalmente especialistas no assumpto, a cujo cargo ficariam todas as pericias no genero.

Seria por este Conselho que o Juiz mandaria exa-

minar o detido suspeito de alienação mental pelo medico da prisão.

Como se procede no momento actual, depois do relatorio pericial concluindo pela insanidade mental do individuo, o juiz tem dois caminhos a seguir: ou submete ao jury e este com *os seus altos conhecimentos psychiatricos* coudemna ou absolve, e no caso de condemnação o Juiz applica o artigo 29 do Codigo Penal, isto é, entrega á familia ou interna no Hospicio.

Outra deveria ser, a meu ver, a conducta do Juiz, estatuida na lei. Desde que o Conselho Psychiatrico dissesse no seu relatorio que o individuo era um alienado, quer irresponsavel, quer de responsabilidade attenuada, em qualquer das suas formas, pois ha quem admitta tres grãos para esta, o Juiz determinaria immediatamente a internação no Hospicio. Como seria esse internamento? Para toda a vida?

Não se deve esquecer os direitos dos outros e por isso penso que o internamento não deve ser feito *aa ceternum*, porque, casos ha que com tratamento apropriado podem ser curados e neste caso não ha mais motivo para a sua permanencia no Hospicio; verificado este facto, o director do Hospicio pedirá ao Juiz uma revisão da pericia e o Conselho dirá a sua opinião a respeito; este mesmo pedido poderá ser feito pela familia do doente, cabendo ao Conselho dar o seu *verdictum*.

Creio que deste modo ficam resolvidas todas as questões d'este importante assumpto de psychiatria forense; não achando razoavel o modo de pensar d'aquelles que julgam que os semi-responsaveis ou com responsabilidade atternuada devam, antes de ir para o Hospicio,

cumprir uma certa pena na prisão. Este modo de julgar, felizmente, não é abraçado pela maioria; um individuo é ou não é doente, é alienado ou não é alienado, para o primeiro o Hospicio, para o segundo a prisão.

Os alienados que commetteram crimes tem sido divididos em várias classes.

Julio de Mattós separa-os em *alienados criminosos e criminosos alienados*; nos primeiros o crime constitue um facto accidental e de certo modo episodico no evoluir da doença, nada faria prever tal acontecimento; nos segundos, o estado degenerativo é bem evidente, não só na perversão do character como no manifestar de *estygmas* e vicios de conformação, podendo o crime ser considerado como a expressão de tudo isto; estes constituem *um tormento constante para todos* na phrase de Marro, são inadaptaveis ao meio, as suas anomalias na esphera da sensibilidade da vontade fazem com que elles soffram de um irremediavel *daltanismo ethico* que levou Maudsley a classificar-os de *idiotas moraes*.

Saporito, director do Asylo de alienados criminosos de Aversa, referindo-se a este assumpto no Congresso internacional de anthropologia criminal de *Cologne* em 1911, dividiu os alienados delinquentes em tres cathogorias: *alienados criminosos, criminosos alienados e amoraes puros*. Entre os dois primeiros typos a differença já está feita e para dar uma ideia do terceiro grupo creado por Saporito, basta dizer que elle propoz a fundação de um asylo especial chamado «Teratocomio,» destinado a recolher os estados degenerativos mais profundos, «os productos authenticos da teratologia humana», verdadeiros monstros psychicos.

Hamel divide-os, de um modo mais pratico, em tranquillos e perigosos.

Antes de terminar não devo deixar de emittir a minha opinião sobre o logar para onde devem ser conduzidos os alienados, a que me venho referido, embora saiba que vou de encontro a opiniões sustentadas por grandes psychiatras.

A questão resume-se nos seguintes pontos: a criação, ou de asylos especiaes para os alienados delinquentes, ou de secções especiaes annexas ás prisões ou penitenciarias, ou finalmente, no asylo commum, um pavilhão especial para taes alienados.

Asylos especiaes para alienados criminosos poucos são, relativamente, os paizes que o possuem, entre os quaes posso citar: a Inglaterra com o Asylo de Broadmoor, situado perto de Londres e o de Dendrem, na Irlanda, o primeiro d'esta especie inaugurado, em 1850; os Estados Unidos com os asylos de Matteaman, de Dasmenrosa, de Michigan e o State Form for Criminal Insane; a Noruega com o asylo de Frondjhem; o Canadá com o asylo de Knigs-town; a Italia com os asylos de Montelupo e de Reggio—Emilia; os outros paizes tem as secções ou os pavilhões especiaes, sendo que alguns têm as suas cousas ao mesmo tempo como, por exemplo, a Allemanha.

O Brazil tem um pavilhão especial para alienados criminosos no Hospicio Nacional, Rio de Janeiro.

Ha logares que nenhuma organização especial possuem, onde os alienados delinquentes são collocados nos asylos communs, como succede na Bahia, no Hospicio S. João de Deus.

Não vejo motivos sufficientes que me convençam

da necessidade da criação de estabelecimentos nem mesmo pavilhões especiaes para alienados, simplesmente pelo facto d'elles terem commettido crimes, dos quaes não são responsaveis e que constituem, muita vez, um accidente no evoluir do seu quadro morbido; no entanto, alienados outros existem que se não chegaram a perpetrar um crime, porque condições muito especiaes tal acontecimento evitaram, porem, que estão aptos a praticarem a cada momento, se a vigilancia diminuir ou se um momento propicio se lhe deparar; casos estes que se apresentam frequentemente áquelles que tratam de alienados.

Baseado n'este raciocinio, acho que não devem haver organizações especiaes para alienados delinquentes e penso que a questão deve ser resolvida com a criação, nos asylos communs de um *pavilhão para perigosos*, onde serão collocados, não todos os criminosos, mas somente aquelles que pelo seu estado se torne arriscada a permanencia em outra secção; assim como, tambem devem ir para aquelle pavilhão os alienados que, embora não criminosos, tem impulsões frequentes, aggridem com facilidade os seus companheiros etc, e por isso se tornam perigosos.

Não colhe, a meu ver, a critica, feita por alguns, de que seria uma falta de attenção a familia dos não criminosos a promiscuidade com criminosos. Ridiculo escrupulo este!

Na sociedade, nos hospitaes, nos hoteis, nos vapores, em todo o logar, estamos em companhia de gente da mais elevada estirpe, como da mais baixa classe social, de sentimentos mais delicados como de perversos, de caracteres puros, tal fino christal de rocha,

como de caracteres impuros, tal a lama immunda dos charcos, e não podemos fazer a separação devida; porque, agora, esta susceptibilidade doentia de julgar offensa a junção em uma mesma secção de individuos que são igualmente doentes, portadores, ás vezes, de uma mesma entidade nosologica, havendo entre elles a differença de que um commetteu um delicto, o outro não, em alguns casos cabendo a mesma responsabilidade ao segundo como ao primeiro que é nenhuma; sim, talvez, haja uma separação a fazer, o primeiro apresenta signaes mais evidentes de degeneração que o segundo, porem que culpa tem aquelle desta herança legada pelos seus antepassados; muita vez, é na alta sociedade, na mais elevada classe social, que se encontram d'estes estados degenerativos, em consequencia do meio, da situação moral, da maior largueza da bolsa, etc... e não me consta que os casamentos consanguineos, frequentissimos nas familias, o alcool e a syphilis, principaes elementos de degeneração, sejam o apanagio da classe social inferiormente collocada ou da pobreza.

Se, entre nós outros, deve sempre ser lembrado o tradicional lemma francez, porque não deve haver *egualdade* entre aquelles que infelizmente perderam o uso da razão, se outros motivos não determinarem, somente porque um delles praticou um acto que, para nós, é punivel, mas que, para elle, pode ser feito com a maior naturalidade.

Ficaria satisfeito se as ideias emittidas, nestas ligeiras notas, tivessem o valor de lembrar aos poderes competentes a necessidade imperiosa de legislar sobre a Assistencia dos alienados na Bahia.

Um caso raro de mycetoma observado na Bahia

PELO

DR. GENESIO SALLES

O caso clinico que aqui descrevo não pertence ao numero dos que podem passar despercebidos.

Já o apresentei á Sociedade Medica dos Hospitaes, em cujos annaes, julguei, devia ficar registrado pela raridade do typo nosologico, e agora, em desalinhavada descripção, dou-lhe publicidade, recommendando-o a todos aquelles que se interessam pelas cousas da medicina patria.

Os que tiverem o desfastio de ler esta observação não verão n'ella senão uma virtude, a de ter por objecto um assumpto que, por sua raridade, não tem podido prender a attenção dos nossos scientistas.

Junto a ella algumas notas que visarão tão somente fornecer elementos modestissimos como preliminares de estudos mais acurados que possam ser feitos posteriormente.

C. pardo, casado, bahiano, residente em Joazeiro, roceiro, com 45 annos, entrou para o Hospital Santa Izabel em principio de Junho de 1916 para o meu serviço na enfermaria S. Joaquim.

A historia clinica do doente datava de um anno.

Entregando-se aos deveres da sua profissão de roceiro, sempre descalço, disse-nos ter pisado em um

ramo secco, do qual um dos espinhos feriu-lhe o pé direito na região plantar.

Não mais pensou no pequeno ferimento mesmo porque não o encommodava, apesar de ter observado que uma minima porção do vegetal havia-lhe ficado no pé, não conseguindo retirá-lo, e mais se convenceu d'isto quando dois ou tres mezes após o pequeno accidente, notou na região plantar, coincidindo com o ferimento, um pequeno ponto avermelhado, doloroso, que se abriu espontaneamente, deixando sahir pouco púz e algumas gottas de sangue em mistura.

Fez-se tratar pelo pharmaceutico da localidade que lhe prescreveu alguns depurativos além do tratamento local.

A não ser o pequeno accidente a que se referiu não tinha nenhuma idéa sobre a causa da molestia que, em vez de ceder ao tratamento, continuava a sua marcha lenta e progressiva; trabalhava porque não sentia dôres, mas notava que o pé augmentava de volume de modo a preoccupá-lo; outros tumores appareceram nas faces plantar e dorsal, sendo que alguns da face dorsal se ulceraram, deixando escapar serosidade purulenta e sangue.

D'ahi em diante já não podia marchar sem grande difficuldade, o pé augmentava lentamente, as dôres appareciam e com tendencia a se accentuarem até que, inquieto, procurou o Hospital.

Na occasião em que o vimos na enfermaria, o pé apresentava aspecto caracteristico: na face dorsal, de superficie accidentada, encontravam-se alguns tumores duros em numero de 15, de coloração roseo escura, arredondados, de tamanhos differentes, uns abrindo-se

facilmente pela pressão do estilete, outros resistentes e indolentes á pressão e ainda outros com orifícios e pequenas crateras pelas quaes sahia naturalmente ou



pela compressão liquido purulento mal cheiroso, contendo granulações francamente vermelhas.

Esses grãos, sempre numerosos no puz, augmentavam e diminuiam de modo intermittente: assim a mesma nodosidade, que dias antes havia fornecido púz contendo grande quantidade delles, parecia entrar em um periodo de acalmia durante o qual, com alguma difficuldade, encontrava-se um ou dois, para depois, sem motivo, voltar a se encher, phenomeno este que perturbou de certo modo as pesquisas que fizemos sobre este caso.

A esses grãos curiosos dispensamos por alguns momentos, cuidadosa atenção.

De volume variavel, uns quasi microscopicos, outros maiores, não attingindo, porem, as dimensões da cabeça de um alfinete; alguns mais volumosos eram formados pela agglutinação de diversos: igualmente coloridos, lisos, esphericos ou ovoides, alguns polyedricos, rolando facilmente entre os dedos e difficilmente esmagados entre lamina e laminula, eram quasi sempre cercados de uma aureola de púz pouco adherente e facilmente destacavel, lavando-os.

Collocando-os em um vaso com agua sobrenadavam alguns, outros iam ao fundo.

A metade anterior do pé, comprehendendo os dedos, consideravelmente hypertrophiada; essa deformação se accentuava sobretudo para a região plantar cuja forma normal foi substituída por apreciavel convexidade, impedindo os dedos e o calcanhar de tocarem o solo.

A hypertrophia de toda a região doente offerencia notavel contraste com o terço inferior da perna ja bastante atrophiado.

A pelle cobrindo as partes doentes não tinha coloração igual; de coloração normal em alguns pontos e vermelho escuro nas nodosidades e visinhanças; entretanto, a côr que nos parecia normal era mais escura que a do lado são.

Encontramos difficuldade em estabelecer se esta coloração era pathologica ou determinada simplesmente pelos diversos topicos empregados.

Explorando as crateras e as nodosidades fistuladas observamos: que o estilete penetrava facilmente, sem

resistencia, a alguns centímetros de profundidade e em diversas direcções, denunciando desde logo que as crateras e os orificios representavam as aberturas de tractos mais ou menos longos e alguns anastomosados percorrendo o pé em todos os sentidos.

Esta exploração feita com doçura não causava dor nem hemorragia, dando porem em alguns pontos sahida a uma serosidade purulenta com estrias de sangue contendo grãos vermelhos; a não ser a sensação de peso e de volume as dores expontaneas não existiam mais.

Ha ainda de interessante a notar: toda a parte do pé attingida era sede de uma abundante transpiração, a ponto do proprio doente chamar a attenção para este facto.

Exame do doente: estado geral satisfactorio, sem febre e sem reacção dos ganglios da virilha; as viceras thoraxcicas e abdominaes não apresentavam nenhuma particularidade; a analyse completa das urinas as classificava de normaes.

Duas reacções de Landau foram feitas, dando resultados francamente positivos.

Institui o tratamento pelo iodureto de potassio (3 grammas por dia) que o doente tolerava muito bem, com o fim de observar se haveria alguma modificação na lesão.

Após tres mezes de medicação o aspecto da lesão conservava-se sem alteração, apenas algumas nodosidades se cicatrisaram emquanto outras se abriram na visinhança.

O estado geral do doente melhorava, talvez devido ao repouso e ao regimen.

Resolvemos então retirar material para exames de laboratório, começando pelos grãos.

Dissociados alguns em gotta de acido acetico, esmagados entre duas laminas, foram levados ao microscopio.

Exames reiterados d'esses grãos resultaram sempre negativos no tocante ao parasita.

Tentamos ainda com auxilio de corantes surpreender alguns filamentos mycelianos, analogos aos que são encontrados tão facilmente nas preparações de grãos de outras variedades de mycetoma; para isso empregamos em vão o methodo de Lignierès.

Após esses primeiros insucessos não nos desanimamos e, auxiliado pelo academico Gelmirez, puzemos em pratica diversos processos de coloração em dias successivos: o azul de Victoria, que tão bellas preparações forneceu a Lindenberg como corante do *Discomyces Braziliensis*; a fuschina phenicada de Ziehl, a coloração por Löffler e pelo methodo de Gram, dupla coloração pela eosina etc.

Deante dos resultados sempre negativos, enviamos alguns grãos ao Dr. Horacio Martins, competente bacteriologista da «Saúde Publica», pedindo-lhe de examinal-os.

Não foi elle mais feliz.

Por esta occasião o distincto collega Dr. Octavio Torres, interessando-se muito pelo caso, procurou em uma serie de exames microscopicos realizados no gabinete de Pathologia Geral, o agente responsavel pela affecção, não sendo as suas pesquisas coroadas de exito.

Os insucessos d'esses exames, que na melhor

hypothese tornavam a observação incompleta, desanimaram-nos a continuar o estudo do caso.

A instancias do nosso mestre e amigo Dr. Lydio de Mesquita resolvemos continuar as pesquisas, procurando obter em culturas o parasita tão desejado.

Colhemos o material com todas as precauções asepticas em uma nodosidade não ainda ulcerada, que foi punccionada com pipeta esterelizada, apoz asseio da pelle com ether e alcool.

Retirando grande numero de granulações especificas, lavamo-las em agoa esterelizada, renovada por decantação diversas veses até transparencia completa, semeando-as em infusões de feno, em batata, caldo de carne, gelose glycosada glicerinada, leite e caldo de ovo de Besredka; collocamos parte dos tubos na estufa a 37° e alguns á temperatura ordinaria.

De todos esses meios, unicamente na gelose desenvolveram-se culturas pequenas, arredondadas, intensamente vermelhas, muito semelhantes ás granulações semeadas, ficando os outros meios estereis, quer a 37° quer á temperatura athmospherica.

Culturas feitas pelo Dr. Octavio Torres e transplantadas deram colonias cheias, arredondadas, intensamente coradas em vermelho, sobretudo no centro; examinando ao microscopio em phases diversas de sua evolução o Dr. Torres encontrou um bacillõ curto, conforme nos informou, e cuja responsabilidade na confecção das lesões observadas não apurou.

Ha poucos dias tivemos occasião de ver essas culturas já um tanto descoradas, de cõr amarello alaranjada.

Praticamos inoculações nas patas de um pombo,

com puz carregado de granulações em uma, e com alguns grãos lavados em outra, sem resultado.

A mesma sorte tiveram as pesquisas feitas pelo Dr. Torres n'este sentido, tendo-se servido de culturas desenvolvidas em gelose.

Ao mesmo collega, enviei, após a operação, a parte doente e que se acha no gabinete de Pathologia Geral.

Interessava-*nos* conhecer os caracteres morphologicos da lesão, uma vez que as pesquisas realizadas não nos forneceram elementos sufficientes para o estudo completo do caso.

Corte—O pé foi cortado no sentido antero posterior entre o 2.º e o 3.º artelhos.

Toda a zona doente offerencia ao estudo aspecto interessante: era de cor igualmente rosea, com tons amarellados nas partes correspondentes ás secções osseas.

Toda a superficie do corte, constellada de grãos vermelhos, intensamente coloridos, em numero de muitos mil, distribuidos igualmente, parecendo entretanto mais numerosos nas partes occupadas pelos ossos.

Ainda vimos em toda a superficie da secção numerosos sulcos, canaes fistulosos quasi microscopicos, alguns mais calibrosos, isolados, outros confluentes, anastomosados, abrindo-se no exterior pelos orificios de que já fallamos.

Em toda essa zona na qual o bisturi nos permittiu observar a enorme convexidade da região plantar, era-nos inteiramente impossivel distinguir os diferentes planos anatomicos que constituíam a região: os musculos, as aponevroses, os nervos, o tecido cellulo fibroide ligeiramente roseo.

Mal percebiamos alguns tendões extensores e flexores intimamente confundidos com os tecidos vizinhos; o tecido adiposo da região plantar totalmente substituído por tecido lardaceo gelatinoso.



Os ossos participavam também da desorganização completa da região, profundamente atingidos de osteíte rarefaciente, reduzidos a tecido molle que não apresentava a menor resistência ao bisturi, em contraste com

as partes periphericas do tumor, fortemente esclerosadas e resistentes ao corte.

As articulações metatarso phalangianas inteiramente destruidas; os primeiro e terceiro artelhos volumosos semelhantes aos ossos attingidos de *spina ventosa*.

Até aqui chegaram as nossas pesquisas.

Devemos salientar: fomos insuccedidos como Bouffard e Pelettier nos dois unicos casos de grãos vermelhos que a litteratura medica nos offerece.

Não devem porem ficar aqui estas notas a respeito d'esse caso de interesse incontestavel, sobretudo por ser o primeiro e unico até hoje observado no Brazil, segundo nos consta.

Arriscamo-nos por isso a fazer algumas considerações a respeito. Se nos dermos ao trabalho de compulsar as paginas da historia d'esta affecção, veremos que houve um tempo em que os parasitologistas mais eminentes dividiram as formas tropicaes do pé de Madura em tres variedades produzidas por especies parasitarias distinctas: o parasita de grãos brancos de Vincent, o parasita de grãos pretos de Carter e o parasita da actinomycose, sendo que posteriormente alguns autores, em vista de estudos mais completos, eliminaram a 3.^a variedade, passando então a affecção a ser considerada susceptivel de apresentação sob duas formas principaes: a de grãos brancos e a de grãos pretos com parasitas distinctos.

Somente alguns annos após esses estudos, a observação de um caso de mycetoma de grãos vermelhos por Bouffard em Senegal, veio augmentar então o numero das formas clinicas conhecidas.

O estudo d'essa terceira forma tem sido defficiente;

autor nenhum nos fez conhecer as particularidades da constituição dos seus grãos, que, acreditamos, admitindo a pluralidade das espécies mycológicas do mycetoma, sejam formados por um microparasita.

Convém abrir aqui um parenthesis para dizermos que não podemos aceitar a opinião de alguns autores que negam a existencia de mais de uma especie mycológica, afirmando as varias modalidades clinicas, corresponderem ás diversas phases de desenvolvimento de uma mesma affecção.

Carter, por exemplo, considera o grão vermelho estado de desenvolvimento completo das outras variedades de grãos de Madura, mas a esse modo de ver se oppõe a propria evolução do nosso caso: a molestia do nosso doente data apenas de um anno, tempo insufficiente para o desenvolvimento completo de uma affecção parasitaria essencialmente chronica; nunca estes grãos foram pretos; nem tão pouco se observou ainda a transformação de grãos brancos ou amarellos em negros ou vermelhos.

Ainda em apoio á nossa opinião sobre a existencia de um parasita especial engendrando o aspecto clinico que descrevemos, devemos salientar as relações que o parasita parece apresentar com as oito especies estudadas por Brumpt como capazes de occasionar o mycetoma.

Existe um grande numero de semelhanças clinicas: a mesma sede; o mesmo começo pela região plantar e invasão ulterior das outras partes; formação de tumores que se acompanham dos mesmos phenomenos; o mesmo conteúdo seropurulento tendo em suspensão granulações cuja natureza é incontestavelmente:

parasitaria; tumefacção limitada do pé; estado geral bom.

Mas, ao lado de todas essas analogias, devemos assignalar algumas dissemelhanças, entre as quaes uma é capital: a coloração intensa e francamente vermelha dos grãos.

Nas variedades descriptas por Brumpt:

Mycetoma actinomycosico, *Indiella Somaliensis*, *M. Branco-Mycetoma madurae*, *M. Branco-Aspergillus nidulans*, *M. Preto-Aspergillus Bouffardi*, *M. Preto Madurella mycetoma* (Laveran), *M. Branco-Indiella Reynière*, *M. Branco-Indiella Mansoni*, as lesões variam conforme o parasita.

Já estudamos todas as minucias symptomaticas fornecidas pelo nosso caso, e não encontramos nas variedades descriptas por Brumpt, uma com a qual a nossa pudesse ser identificada. Não conseguimos pôr em evidencia o microparasita, causa principal da dermopathia; esperamos que, com o evoluir da sciencia e a proporção em que forem se aperfeiçoando os estudos a respeito, alguém o consiga.

Lembraremos entretanto que em um caso estudado por Laveran, variedade negra, o parasita somente foi encontrado em cortes praticados nos tumores que eram habitados pelo mycelio especifico emquanto os grãos sahidos d'esses tumores eram absolutamente estereis.

Este facto poderá servir de ponto de partida a novas pesquisas que esperamos em breve realisadas, pondo em evidencia a especie mycologica em jogo para elucidação de outras questões correlatas ou pelo menos trazendo a vantagem de pôr um pouco de ordem n'esta

questão ainda tão complexa das mycosis espontaneas do homem.

Desejando conhecer a frequencia do mycetoma de grãos vermelhos e a natureza de seu parasita consultei diversas revistas e outros tantos autores, nada encontrando a respeito.

No Brasil, que me conste, ainda não foi observada esta variedade.

Das revistas consultadas lembro-me de momento da Gazeta Clinica de S. Paulo, Imprensa de S. Paulo, Gaseta Medica Brasileira de 1900 até hoje.

Em França segundo os especialistas, ainda não se observou esta variedade; os Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, o Bulletin de Dermatologie et Syphiligraphie, o Journal des Maladies Cutaneés et syphilitiques não registam um só caso. Somente nos Archivos de Parasitologie, que consultamos ultimamente, encontramos um.

Le Dantec em seu *Precis de Parasitologie Exotique* (2^a edição), após mencionar duas variedades conhecidas, refere-se ao caso em questão do seguinte modo: «quelques auteurs ont parlé d'une troisième variété de Pied de Madura á grains rouges, poivre de Cayenne; cette dernière variété est extrêmement rare; nous n'en connaissons pas d'exemple authentique» Pag. 920.

Alem desta nota de Le Dantec e do trabalho de Darier, *Precis de Dermatologie* que não menciona um um só caso, tivemos occasião de ler no *Precis de Dermatologie* de W. Dubreuil, 3.^a edição 1909 o artigo sobre mycetoma, e com surpresa vimos que este autor n'aquella data ainda não conhecia a variedade de grãos vermelhos, pois que cita em seu trabalho apenas duas,

a de grãos brancos e a de grãos negros; entretanto já em 1906, Bouffard no Senegal havia assinalado o primeiro caso de mycetoma do joelho de grãos vermelhos, sobre o qual dava algumas informações a Brumpt que até então nada conhecia a respeito.

Este autor que nos diz em seu bem lançado artigo «Les Mycetomes», publicado nos Archives de Parasitologie de 1905 Pag. 492: «On a signalé à diverses reprises, dans l'Inde et en Egypte, des mycetomes à grains rouges; il s'agit vraisemblablement, d'une affection mycosique, mais nous ne possédons aucune description mycoscopique de ces cas» e, mais abaixo commentando a carta de Bouffard em que lhe communicava estar observando experimentalmente o caso:

«Nul doute que d'ici à quelques semaines, notre excellent confrère ne nous fasse connaître, cette curieuse mycose qu'il est particulièrement apte à étudier, étant donné ses études spéciales sur cet intéressant sujet de Pathologie exotique».

E' este caso de Bouffard a que se referem Janselme e Rist em seu *Precis de Parasitologie Exotique* de 1909. J. Quiart e L. Grimbert em seu livro sobre *Diagnostic parasitologique* de 1912, estudando o mycetoma, nenhuma referencia faz á variedade clinica que objectiva esta observação, menciona as duas variedades de grãos pretos e brancos.

Ainda não tiveram oportunidade de estudar este assumpto: E Cathelin, L. Brocq e Simon respectivamente em seu *Precis iconographique des Maladies de la Peau* (1910) e *Consultations Dermatologiques* (1911) pois nenhuma referencia fazem a esta variedade.

O Dr. Egas Muniz, illustrado professor da Facul-

dade de Medicina, em seu artigo sobre mycetoma publicado na Gazeta Médica da Bahia de 1910 Pag. 22 diz: «Como se sabe, ha duas variedades de Mycetoma o Branco e o Negro» ainda n'essa epoca não se referia á variedade de grãos vermelhos.

Tratamento—Que conducta deveria ter neste caso? Não seria aqui questão do tratamento geral pois que todos os phenomenos morbidos eram localizados!

Não devia pensar no tratamento cirurgico sob a forma brutal de uma amputação da perna em um doente que já havia perdido o braço esquerdo accidentalmente, nem tão pouco admittil-o sob a forma de largas curetagens e thermo-cauterisações que não garantiam o doente, em vista do gráo de desorganisação completa da parte attingida. O tarso posterior parecendo-me intacto, pensei em uma desarticulação tibiotarsiana osteoplastica do genero Pirogoff ou Pasquier Lefort, que permittiria ao doente pisar sobre o calcaneo; mas o exame da articulação mediotarsiana que tambem parecia aproveitavel, eneorajou-me a praticar a desarticulação de Chopart, operação de mais facil execução e mais vantajosa para o doente que poderia marchar com a perna sem encurtamento. Em razão da disposição das lesões, foi me possivel confeccionar um retalho plantar com tecido são, adaptando-o ao curto retalho dorsal, de modo a collocar a cicatriz sobre o dorso do pé, impedindo dest'arte a pressão do solo.

Para evitar o reviramento ulterior da cicatriz, fiz a tenotomia do tendão de Achilles. Após os curativos necessarios o doente deixou o hospital em principio de Novembro, partindo para Joazeiro onde reside.

Em maio ultimo, 7 mezes após, escreveu-me, dando noticias de seu estado, que continua inalteravel.

VERMINOSE INTESTINAL ENDEMICA E LATENTE NA BAHIA

PELO

Dr. Octavio Torres

Ha muito era nosso intento falar acerca do parasitismo intestinal endemico, na Bahia, e por isso, aproveitando a oportunidade, que ora se nos offerece, escrevemos estas notas, para serem publicadas, embora incompletas, em o numero do jubileo da Gazeta Medica da Bahia.

Desde que fomos interno da 1.^a Cadeira de Clinica Medica da Faculdade de Medicina deste Estado, de que era professor o illustrado e querido mestre Dr. ANISIO CIRCUNDES DE CARVALHO, com a obrigação de fazer o exame das fezes de todo doente que entrava para o Serviço da referida Clinica e que faziamos estudos sobre o assumpto que constituiu o objecto da nossa these inaugural (Contribuição ao estudo dos ankylostomas na Bahia, 1909), notamos ser muito frequente a existencia dos vermes intestinaes, mesmo nos doentes, que não apresentavam symptomas apparentes de verminoses.

Esta frequencia não existe somente no homem. Para elaboração da nossa these inaugural fizemos um pequeno numero (12) de autopsias em animaes e não houve um só em cujos intestinos não encontrassemos ascarides, ancylostomas, e em alguns verificamos a presença de tenias.

Posteriormente temos feito esta verificação em cães, gatos, aves domesticas, ratos, etc., tendo encontrado vermes em todos elles.

Por outro lado temos procedido a exame das fézes de animaes de laboratorio, cães, gatos, e em outros animaes, cavallos, etc., tendo encontrado ovos de vermes em todas ellas.

Entregando-nos a outros estudos, não tinhamos tempo para nos occupar deste assumpto a não ser uma ou outra vez, quando faziamos exames das fézes de doentes nossos.

Tendo feito incidentalmente exames do sangue retirado á noite de alguns dos nossos observados encontramos embryões de filarias em alguns delles.

Não fazemos o estudo do indice endemico da filariose latente, na Bahia, o que já foi sobejamente tratado em these de doutoramento pelo nosso prezado e distincto collega, Dr. ALMIR DE OLIVEIRA, Bahia 1909.

Contudo, segundo as nossas observações, podemos de passagem referir o coefficiente pessoal de nossas pesquisas, que é de 10% dos individuos aparentemente são, nos quaes, examinado o sangue retirado á noite, encontramos embryões de filarias.

Os vermes intestinaes são muito mais frequentes do que as filarias sendo raro, como dissemos acima, encontrarmos um doente, que não abrigue no seu intestino vermes intestinaes (vide theses de doutoramento de PEDRO MARTINS, CEZAR PIRAJÁ, OCTAVIO TORRES, de 1909 e de ELOY DA SILVA LIMA JORGE de 1915), sendo as porcentagens de 96, 96, 5 por cento e ás vezes mais.

Encarregado em Fevereiro deste anno, pelo mui

digno e illustrado Director Geral da Saude Publica da Bahia e professor de Pathologia Geral da Faculdade de Medicina o Dr. GONÇALO MONIZ, de procedermos ao exame das fézes dos aprendizes marinheiros da nossa Eschola, exame este pedido pelo chefe do Corpo de Saude Naval, o almirante Dr. LOPES RODRIGUES, o qual está empenhado em eliminar os ancylostomados da marinha nacional, peza-nos confessar, porém, que não houve um só aprendiz marinheiro, cujas fézes examinamos, no qual não encontrassemos ovos de 2 e 3 variedades de vermes e ás vezes mesmo quatro.

Na infancia é tambem prodigiosa a frequencia dos vermes, na Bahia. Nos nossos doentes de molestias de pelle, de leishmaniose, de gramuloma ulceroso, de mycoses, que iam submeter-se a operações, etc., e cujas fézes examinamos, encontramos sempre ovos de vermes.

Para podermos levar a effeito o nosso intento e apreciar a porcentagem exacta de individuos portadores de vermes nos intestinos, fizemos um certo numero de exames de fézes de individuos sãos ou aparentemente sãos, e de autopsias de individuos normaes mortos accidental ou violentamente, ao que juntamos muitos dos exames das fézes por nós feitos em individuos affectados de varias molestias.

Para a pesquisa dos vermes do cadaver, abrimos o intestino, lavamos o conteúdo deste em um balde e procedemos em seguida á filtração em uma peneira, processo sempre preferivel e mais rapido do que o do filtro de Boas.

O exame das fézes foi procedido sempre do seguinte modo: recolhido o material em vaso especial para o transporte, praticavamos o exame das fézes diluindo uma

particula destas, do volume de 2 millimetros cubicos approximadamente em 4 ou 5 gottas dagua, em uma lamina bem larga, que cobriamos com outra lamina.

Faziamos do mesmo modo tres a quatro preparações, contentando-nos com o resultado destas.

Por falta de tempo nunca centrifugamos as fêzes para exame, o que talvez permitisse encontrar ovos em alguns casos que pelo processo indicado deram resultado negativo.

Nunca obtivemos dos individuos que apresentavam poucos ovos de vermes nas fêzes, a remessa de novo material a fim de verificar si em outras porções de fêzes observaria ovos de especies ou em maior numero.

O numero de observações de individuos do sexo femenino é relativamente pequeno, devido á grande difficuldade em obter material para o exame.

Não fizemos exame de material de mais de um dia.

Procuramos proceder a exames de individuos de todas as classes sociaes, (medicos, bachareis, engenheiros, empregados do commercio, lavradores, estudantes, etc.,) e moradores nos pontos os mais diversos da nossa Capital.

Dicto summariamente o nosso intento nestas ligeiras notas, apresentamos os quadros das nossas observações, organizando em primeiro lugar o dos de individuos sãos (110 observações), depois as observações de doentes de outras molestias (120 de nossos doentes de Clinica Medica e algumas outras de doentes de leishmaniose, granuloma, etc.), que abrigam vermes nos intestinos, em seguida o quadro das autopsias effectuadas (30) e finalmente as conclusões das nossas observações feitas na Capital da Bahia (Cidade do Salvador).

Indivíduos são portadores de vermes

N.º	Iniciais do nome	Sexo	Idade	Cor	Profissão	Resultado do exame					Observações
						Ancylos-toma	Tricho-cephalos	Eschisto-soma	Oxyurus	Tenia inermis	
1	D. L.	Femin.	33	Branca	Domestica	.....	Sim	.....	.....	.....
2	H. F. M.	Masc.	4	"	"	.....	Sim	.....	.....	.....
3	M. I. P.	Femin.	20	"	Domestica	.....	Sim	.....	.....	.....
4	T. P. S.	"	7	"	"	.....	Sim	.....	.....	.....
5	O. B.	Masc.	23	Mest.	Estudante	.....	Sim	.....	.....	.....
6	C. T.	"	23	Branca	Bacharel	.....	.....	.....	.....	.....
7	C. J.	"	33	Mest.	Medico	.....	.....	.....	.....	.....
8	H. C. J.	Femin.	62	"	Domestica	.....	.....	.....	.....	.....
9	O. T.	Masc.	28	Branca	Emp. publ.	.....	.....	.....	.....	.....
10	E. C.	Femin.	28	Branca	Domestica	.....	.....	.....	.....	.....
11	V. B.	"	30	"	"	.....	Sim x	.....	.....	.....
12	C. T.	Masc.	29	Branca	Engenheiro	.....	.....	.....	.....	.....
13	S. S. M.	Femin.	3	Branca	"	.....	Sim r	.....	.....	.....
14	O. A.	Masc.	25	Mest.	Marinheiro	.....	Sim r	.....	.....	.....
15	M. M. M.	Femin.	22	Branca	Domestica	.....	.....	.....	.....	.....
16	E. S. N.	Masc.	14	Parda	Apr. mari-nheiro	.....	.....	.....	.....	.....
						.....	Sim	.....	.....	.....
17	R. C.	Masc.	14	Branca	Apr. mari-nheiro	.....	Sim x	.....	.....	.....

NOTA: x Este signal quer dizer que existe ovos em quantidade - r Este signal quer dizer que são ratos.

Indivíduos são portadores de vermes—2

N.º	Iniciais do nome	Sexo	Idade	Cor	Profissão	Resultado do exame					Observações	
						Ancylos- toma	Ascari- des	Tri- cho- cephalos	Eschilo- soma	Oxy- urus		Tenia taen- iae
18	P. I. A. S.	Masc.	32	Branca	Pintor	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....
19	E. A. F.	Femin.	9	»	.....	Sim r	Sim x	Sim x	.....	.....	.....
20	A. J. O.	Masc.	15	Parda	Apr. mari- nheiro	Sim x	.....	Sim	Sim	.....	.....
21	J. J. R.	«	14	»	Apr. mari- nheiro	Sim x	.....	Sim	Sim	.....	.....	Nat. da Parahyba
22	E. G.	«	2	Branca	.....	Sim x	Sim	Sim	Sim	.....	.....
23	E. A. N.	«	16	Parda	Apr. mari- nheiro	.....	Sim	Sim r	.....	.....	.....
24	A. A. F.	«	14	»	Apr. mari- nheiro	Sim x	Sim	Sim	.....	.....	.....
25	F. T.	«	22	Branca	Empregado publico	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....
26	A. R.	«	19	»	Academico	Sim r	Sim	.....	.....	.....	.....
27	B. P.	«	38	»	Commer- ciante	Sim	.....	.....	.....	.....	.....
28	M. J. B.	»	16	»	Apr. mari- nheiro	.....	Sim	.....	.....	.....	.....
29	A. M. S.	«	15	»	Apr. mari- nheiro	.....	Sim	Sim	.....	.....	.....
30	P. C.	«	35	Preta	Empregado publico	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....

Indivíduos são portadores de vermes—3

N.º	Iniciais do nome	Sexo	Idade	Cor	Profissão	Resultado do exame					Observações	
						Anquilos- toma	Ascari- des	Tricho- cephalos	Eschisto- soma	Oxyuros		Tenia in- terna
31	U. A.	Masc.	14	Branca	Apr. mari- nheiro	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....
32	O. C. M.	"	30	"	Medico	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....
33	M. N.	"	15	Parda	Apr. mari- nheiro	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....
34	R. D. S.	"	2	Branco	.....	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....
35	J. S. P.	"	33	"	Medico	.....	.....	.....	.....	.....	.....
36	Z. A. S.	"	15	Parda	Apr. mari- nheiro	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....
37	A. S. O.	"	14	"	Apr. mari- nheiro	Sim	.....	.....	.....	.....	.....
38	G. N. A.	"	14	"	Apr. mari- nheiro	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....
39	M. V. N.	"	14	"	Apr. mari- nheiro	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....
40	F. X. S.	"	14	"	Apr. mari- nheiro	.....	.....	.....	.....	.....	.....
41	A. S.	"	20	Branca	Academico	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....
42	D. G. C.	"	35	Parda	Commercio	.....	.....	.....	.....	.....	.....
43	M. H. S.	"	15	"	Apr. mari- nheiro	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....
44	M. U.	Femin.	11	Branca	.....	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Natural de Sergipe, mas residente ha alguns annos na Bahia

Indivíduos são portadores de vermes—4

N.º	Iniciais do nome	Sexo	Idade	Cor	Profissão	Resultado do exame					Observações	
						Ancylos- toma	Ascari- des	Tricho- cephalos	Eschisto- soma	Oxyuros		Tenia, inerte
45	J. T. S.	Masc.	15	Parda	Apr. mari- nheiro	Sim r	Sim	Nat. de Pernambu- co, mas residindo ha algum tempo na Bahia
46	M. V. N.	"	14	"	Apr. mari- nheiro	....	....	Sim	....	....	....
47	S. J. O.	"	14	Verm.	Apr. mari- nheiro	Sim r	....	Sim	....	....	....
48	A. M.	Femin.	9	Branca	.....	....	Sim	Sim x	....	....	....
49	J. G. S.	Masc.	14	Parda	Apr. mari- nheiro	Sim x	....	Sim	....	....	....
50	J. P. S.	"	14	Branca	Apr. mari- nheiro	Sim	Sim	
51	B. C.	"	14	Parda	Apr. mari- nheiro	Sim	....	Sim	....	....	....
52	M. R. S.	"	11	Branca	.....	Sim	....	Sim	....	....	....
53	C. J. S.	"	29	"	Medico	....	....	Sim x	....	....	....
54	B. J. S.	"	14	Parda	Apr. mari- nheiro	....	....	Sim	....	....	....
55	P. S.	"	16	"	Apr. mari- nheiro	Sim	....	Sim	....	....	....
56	M. T.	"	31	Branca	Bacharel	Sim	....	Sim	....	....	....

Indivíduos são portadores de vermes—5

N.º	Iniciais do nome	Sexo	Idade	Cor	Profissão	Resultado do exame						Observações		
						Ascarides	Trichocephalos	Wuchishomans	Oxyuros	Tenia inerna				
57	E. S.	Masc.	28	Branca	Commercio	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
58	A. F.	"	2	"	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
59	M. S.	Femin.	10	Branca	.....	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
60	J. A.	Masc.	23	Mestiça	Estud. medicina	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
61	S. L. L.	"	22	Branca	Commercio	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
62	N. S. C.	Femin.	30	"	Criada	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
63	M. J. R.	"	23	"	"	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
64	S. C.	Masc.	14	Parda	Apr. marinho	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
65	D. V. M.	"	15	Branca	Apr. marinho	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Nat. da Parahyba, ha mais de 6 mezes na Babia
66	F. J. C.	"	14	Parda	Apr. marinho	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Nat. do Espirito-Santo
67	J. F. S.	"	14	"	Apr. marinho	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
68	O. B.	"	14	"	Apr. marinho	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
69	R. D. V.	"	4	Branca	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
70	E. D. V.	"	2	"	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Indivíduos são portadores de vermes—6

N.º	Iniciais do nome	Sexo	Idade	Cor	Profissão	Resultado do exame					Observações	
						Ameghos-toma	Ascariides	Triehocephalos	Eschisto-soma	Oxuros		Tenia	Interna
71	R. F. A.	Masc.	23	Branca	Íst. de me- dicina	Sim	Ha 6 mezes tomou um vermifugo, eliminando na occasião algumas ascariides.
72	J. G. F.	"	40	"	Médico	.....	.....	Sim	.....	.....	.....
73	F. J.	"	29	"	Negociante	.....	.....	Sim	.....	.....	.....
74	H. P. F.	"	9	"	"	.....	.....	Sim	.....	.....	.....
75	L. B.	"	43	"	Bacharel	.....	.....	Sim	.....	.....	.....
76	A. S.	Femin.	29	Mestiça	Criada	.....	.....	Sim	.....	.....	.....
77	F. L.	Masc.	29	Branca	Médico	.....	.....	.....	.....	.....	XXX
78	M. P. G.	Femin.	21	"	Criada	.....	.....	.....	.....	.....	XXX
79	A. L.	"	27	"	Domestica	.....	.....	Sim	.....	.....	.....
80	J. C. V.	Masc.	9	"	"	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....
81	M. G. F.	Femin.	17	"	"	.....	.....	.....	.....	.....	XXX
82	H. P. F.	Masc.	16	"	Estudante	.....	.....	.....	.....	.....	XXX
83	A. A. A.	Femin.	17	"	Domestica	.....	.....	Sim	.....	.....	.....
84	T. T.	"	6	"	"	.....	.....	.....	.....	.....	.....
85	A. M.	"	34	Mestiça	"	.....	.....	.....	.....	.....	.....
86	J. D. V.	Masc.	32	Branca	Negociante	.....	.....	.....	.....	.....	Sim
87	J. F. A.	"	28	"	"	.....	.....	Sim	.....	.....	.....
88	D. R.	"	60	"	Médico	.....	.....	.....	.....	.....	.....
89	A. M. S.	Femin.	10	"	"	.....	.....	.....	.....	.....	.....

NOTA—xxx Este signal quer dizer que só foi feito um exame, não tendo sido fornecido material para outro.

Indivíduos sãos por tadores de vermes-7

N.º	Iniciais do nome	Sexo	Idade	Cor	Profissão	Resultado do exame					Observações
						Ancylos- torea	Ascárides	Tricho- cephalos	Eschisto- soma	Oxyuros		Tenia taeniae
90	A. T.	Femin.	12	Branca							
91	P. P.	Masc.	15	"	Estudante		Sim	Sim			
92	L. A.	"	35	"	Bacharel	Sim	Sim	Sim	Sim		
93	P. A.	"	24	"	Academico	Sim	Sim	Sim			
94	E. A.	"	21	"	"	Sim	Sim	Sim			
95	D. L.	Femin.	25	"	Domestica	Sim	Sim	Sim			
96	P. M.	Masc.	28	"	Bacharel		Sim	Sim			
97	R. S.	Femin.	30	Preta	Criada	Sim	Sim x	Sim			
98	C. D.	Masc.	32	Branca	Bacharel		Sim	Sim			
99	E. G.	Femin.	3	Parda			Sim	Sim		Sim	
100	T. T. G.	"	29	"	Domestica		Sim	Sim			
101	M. M.	Masc.	60	Branca	Bacharel		Sim	Sim			
102	J. M. T.	"	24	"	Estudante		Sim	Sim			
103	A. S. I.	"	20	"	Academico		Sim	Sim			
104	O. T.	"	30	"	Medico		Sim	Sim			
105	A. V. C.	"	46	"	Telegrap.		Sim x	Sim			
106	H. S.	"	38	"	Negociaute		Sim	Sim			
107	F. C.	"	15	Preta	Criado		Sim	Sim			
108	F. S.	"	18	"	"		Sim	Sim			
109	G. B. S.	Femin.	49	Parda	Engomad.		Sim x	Sim			
110	R. P. S.	Masc.	39	Parda	Enfermeiro		Sim	Sim		Sim	

Doentes de diversas molestias

No	Iniciaes do nome	Sexo	Eidade	Cor	Profissão	Resultado do exame						Observações	
						Ancylotoma	Acari-des	Tricho-cephalos	Enchisto-soma	Oxyuros	Tenia-inferna		
1	R. A. B.	Masc.	37	Parda	Operario	Sim		Sim					Tuberc. pulmonar.
2	J. T. S.	"	36	"	Pedreiro	Sim		Sim					Embarço gastrico.
3	V. P. S.	"	26	Preta	Carregador	Sim		Sim					Bronchite aguda.
4	T. P.	"	22	Parda	Oleiro	Sim	Sim	Sim					Tuberc. pulmonar.
5	F. J. C.	"	28	"	Empregado	Sim		Sim					Rheumatismo articul.
6	P. Ad. V.	"	62	Branca	Artista			Sim					Cardio-esclerose.
7	M. F. S.	"	64	"	Caixeiro	Sim	Sim	Sim					Paludismo agudo.
8	J. P. A.	"	18	"	Lavrador		Sim	Sim					Idem forma tropical.
9	J. F. S.	"	35	Parda	Carregador		Sim	Sim					Rheumat. chronic.
10	E. L. C.	"	26	Branca	Padeiro		Sim	Sim					Paludismo tropical.
11	J. J. S.	"	29	Parda	Padeiro	Sim	Sim	Sim					Bronchite.
12	F. P.	"	35	"	Carregador	Sim	Sim	Sim					Idem.
13	D. S.	"	30	"	Pedreiro	Sim	Sim	Sim	Sim				Idem.
14	C. M. C.	Fem.	28	Parda	Domestica	Sim	Sim	Sim	Sim				Paludismo.
15	M. T. S. R.	Masc.	43	Preta	Carregador	Sim	Sim	Sim	Sim				Idem tropical.
16	A. A.	"	22	Parda	Lavrador	Sim		Sim					Idem., idem.

NOTA: x Este signal quer dizer que existe ovos em quantidade.
 r Este signal quer dizer—raros.

DOENTES DE DIVERSAS MOLÉSTIAS.-2

N.º	Iniciais do nome	Sexo	Idade	Cor	Profissão	Resultado do exame						Observações
						Ancylos- toma	Ascari- des	Tricho- cephalor	Eschisto- soma	Ovaryos	Tenia inermis	
17	P. M. S.	Masc.	42	Preta	Lavrador	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Neph. paenchymatosa.
18	M. E.	»	50	»	»	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Insufficiencia mitral.
19	M. Q.	»	8	Parda	.....	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Paludismo. terça dupl.
20	T. Q.	»	7	»	.....	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Palud. terça benigna.
21	B. J. S.	»	18	»	Caixeiro	.....	Sim	.....	.....	Sim	.....	»
22	M. A. J.	Fem.	26	Preta	Lavadeira	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Bronchite.
23	M. V.	»	40	Parda	Charuteira	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Astasia-abasza.
24	M. G. C.	Masc.	55	Branca	Negociante	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Uremia toxicohalim.
25	S. J. S.	»	59	Parda	Carregador	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Cirrrose hyper. figado
26	M. J. S.	»	46	»	Sapateiro	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Cirrrose atroph. figado
27	J. F. S.	»	29	»	Emp. hos- pital	.....	Sim	.....	.....	.....	.....	Bronchite e emb. gas- trico.
28	R. V. S.	»	75	»	Lavrador	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Cardio-esclerose.
29	P. J. S.	»	21	»	Caixeiro	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Lithiase biliar.
30	L. C. H.	»	26	»	Operario	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Gríppe forma gastrica.
31	J. M. S.	»	20	»	Carpinteiro	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Tuberc. pulmonar.
32	E. J. S.	»	30	Preta	Aguadeiro	.....	.....	.....	.....	.....	.....	»
33	F. N.	»	12	Parda	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Bronchite asmathica.
34	M. S. P.	Fem.	46	Parda	Lavadeira	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Otite.
35	M. S. A.	»	19	»	Domestica	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Hysteria.
36	J. C. S.	Masc.	30	Preta	Roceiro	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Palud. terça benigna.
37	A. B. S. M.	»	28	Parda	Pintor	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Colica saturnina.

DOENTES DE DIVERSAS MOLESTIAS — 3

N.º	Iniciais do nome	Sexo	Eidade	Cor	Profissão	Resultado do exame						Observações
						Ancylor. toma	Ancari. des	Trichocephalos	Eschintozoa	Oxyuros	Tenia incruca	
38	M. A. S. A.	Masc.	19	Preta	Pedreiro	Sim	Sim X	Sim	.....	.....	.....	Tuberc. pulmonar.
39	R. A. S. A.	"	26	Parda	Pescador	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Febre paratyphica.
40	L. F. S.	"	26	Preta	Açougueiro	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Congestão cerebral.
41	J. M. F.	Fem.	36	Branca	Domestica	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Syphilis terciaria.
42	J. E.	Masc.	25	Parda	Lavrador	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Embaraço gastr. febril.
43	A. P. A.	"	36	"	"	Sim r	.....	Sim r	.....	.....	.....	Syndromo bulbare e hemorrhagia da base do cranso.
44	J. P. B.	"	36	"	Carregador	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Estreitamento mitral.
45	A. S. C.	"	60	"	Saverista	.....	.....	Sim	.....	.....	.....	Cirrhose hypertrophica do figado.
46	H. S.	Fem.	23	Branca	Domestica	Sim r	.....	Sim r	.....	.....	.....	Bronchite, tuberculose pulmonar.
47	J. F.	Masc.	26	Parda	Limpador de machim.	.....	Sim	Sim	Sim r	.....	.....	Pleuriz tuberculoso.
48	P. J. P.	"	28	Branca	Artista	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Delirium tremens (alcolismo chronico).
49	F. V. D.	Fem.	21	Branca	Domestica	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Pleuro-tuberculose.
50	B. P.	Masc.	21	Parda	Garimpeiro	Sim	.....	Sim	.....	.....	.....	Palud. e tuberculose.
51	L. J. B.	"	20	"	Enfermeiro	.....	.....	.....	Sim	.....	.....	Dyspepsia.
52	H. R. S.	"	25	Branca	Funileiro	Sim	.....	Sim	.....	.....	.....	Pleurisia purulenta pneumococcica.

N.º	Iniciaes do nome	Sexo	Eidade	Cor	Profissão	Resultado do exame						Observações
						Amolotoma	Ascari-des	Trichocephalos	Eschisto-soma	Oxuros	Tenia inermis	
53	H. B. S.	Masc.	21	Preta	Marceneiro	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Typhocolite.
54	F. S.	"	25	"	Pedreiro	.....	Sim x	Sim x	.....	.....	.....	Bronchite.
55	V. V.	"	50	Branca	Empregado	Sim r	.....	.....	.....	.....	.....	Bronchite arterio-scle-rose.
56	J. R.	"	23	"	Foguista	Sim r	Sim x	.....	.....	.....	.....	Hemoptises traumat.
57	A. R. S.	"	29	Parda	Ent. de pão	Sim r	.....	Sim x	.....	.....	.....	Pleuro-pneumonia.
58	M. C.	"	33	"	Caixeiro	Sim	Sim x	.....	.....	Sim	.....	Insufficiencia aortica.
59	M. G. S.	Fem.	25	Parda	Domestica	Sim	Sim	.....	.....	.....	.....	Tuberc. pulmonar.
60	E. R. C.	Masc.	40	Parda	Artista	Sim r	.....	Sim	.....	.....	.....	Insufficiencia nutral.
61	J. W.	"	19	Branca	Operario	Sim	.....	Sim	.....	Sim	.....	Meningite.
62	J. A. S.	Masc.	28	Parda	Lavrador	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Paludismo chronico.
63	J. G. S.	"	19	"	Sapateiro	.....	.....	Sim	.....	.....	.....	Paludismo f. terçã.
64	F. P. S.	"	31	"	Alfaiate	Sim	.....	Sim	.....	.....	.....	Tuberc. pulmonar.
65	E. A. S.	Fem.	36	Parda	Operaria	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Nephrite chronica.
66	M. A. S.	Masc.	22	Preta	Lavrador	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Bronchite aguda.
67	C. M.	"	15	Branca	"	Sim	.....	Sim	.....	.....	.....	Tuberc. pulmonar.
68	J. A. R.	"	31	Parda	"	Sim	.....	Sim	.....	.....	.....	Paludismo f. terçã.
69	T. F.	"	34	"	Lavrador	Sim	Sim	Sim x	.....	.....	.....	Cancer do figado.
70	M. J. S.	"	56	"	Marceneiro	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Syphilis.
71	I. J. F.	"	40	Branca	Lavrador	Sim	Sim	.....	.....	.....	.....	Cistite.
72	J. A. P.	"	18	Parda	Domestico	Sim	Sim	Sim	.....	.....	.....	Tuberc. pulmonar.

DOENTES DE DIVERSAS MOLESTIAS-5

N.º	Iniciais do nome	Sexo	Idade	Cor	Profissão	Resultado do exame					Observações	
						Ancylo- toma	Ascari- des	Trieho- cephalos	Echisto- soma	Oxyurus		Tenia inermis
73	A. A. B.	Masc.	22	Preta	Lavrador	Sim	.....	Sim	Sim	.....	.....	Bronchite aguda.
74	J. C. A.	"	26	"	Carroceiro	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Uremia aguda
75	M. S. A.	"	28	Parda	Lavrador	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Paludismo f. terçã.
76	M. F. S.	"	48	Branca	Cigarreiro	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Bronchite aguda.
77	P. C. M.	"	61	"	Quitandeiro	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Syphilis.
78	F. F. N.	"	23	"	Alfaiate	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Nephrite chronica.
79	M. J. S.	"	24	Parda	Pintor	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Paludismo terçã.
80	A. B. F.	"	21	Preta	Carregador	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Pneumonia.
81	G. A. S.	"	30	"	Lavrador	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Rheum. chronico.
82	M. J. M.	Fem.	32	Parda	Domestica	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Glossite syphilitica.
83	M. S.	"	38	"	"	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Nephrite.
84	C. M. S.	Masc.	26	Parda	Carregador	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Paludismo f. terçã.
85	J. F. S.	"	26	"	Lavrador	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Nephrite.
86	J. F. F.	"	38	Preta	Carregador	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Bronchite aguda.
87	A. F. B.	"	43	Branca	Foguista	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Idem, idem.
88	A. F. S.	"	58	Parda	Pedreiro	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Arterio-sclerose.
89	J. J. S.	"	35	"	Maritimo	Sim	Sim	Sim	Sim	.....	.....	Neoplasma abdominal
90	E. F. V.	"	42	"	Lavrador	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Arthrite syphilitica.
91	J. S.	"	26	"	Jardineiro	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Rheum. syphilitico.
92	E. C.	"	27	"	Carregador	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Pleurisia purulenta.
93	M. J.	"	30	"	Domestico	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Syphilis.
94	J. C.	Fem.	16	Preta	Domestica	Sim	.....	.....	.....	.....	.....	Bronchite aguda.

N.º	Iniciaes do nome	Sexo	Idade	Cor	Profissão	Resultado do exame					Observações	
						Ancylos- toma	Agart- des	Tricho- cephalos	Eschisto- soma	Oocystos		Tenia inermis
95	J. A. S.	Masc.	54	Preta	Cosinheiro	Sim	Sim x	....	....	Sim	....	Cardio-esclerose e ne- phrite, 1.º exame das fezes foi negativo.
96	J. B.	»	30	Parda	Carregador	Sim	....	Sim	....	....	....	Pneumonia.
97	M. C.	Fem.	26	Parda	Operaria	Sim	....	Sim	....	....	....	Mal de Bright.
98	I. J.	»	40	»	Domestica	....	Sim x	....	....	Sim	....	Tuberc. pulmonar.
99	V. B. O.	Masc.	30	Parda	Lavrador	Sim	Sim	Sim	....	....	....	Leishmaniose tegu- mentar.
100	A. J. C.	»	45	Branca	»	Sim	Sim	Sim	....	....	....	Idem, idem.
101	R. M. S.	»	25	»	»	Sim	Sim	Sim	....	....	....	Idem, idem.
102	D. J. S.	»	16	Parda	»	Sim	Sim	Sim	....	....	....	Idem, idem.
103	F. J. S.	»	22	»	Carregador	Sim x	....	Sim	....	....	....	Granuloma ulceroso tropical.
104	G. P. S.	»	33	Branca	Lavrador	Sim x	Sim	Sim	....	....	....	Leishmaniose tegu- mentar.
105	P. P. R.	»	28	»	»	Sim	....	Sim	....	....	....	Idem, idem.
106	M. T. A.	»	32	Verm.	»	Sim	Sim	Sim	....	....	....	Idem, idem.
107	J. F. S. B.	»	28	Preta	»	Sim x	Sim	Sim x	Sim	....	....	Idem, idem.
108	J. X. S. A.	»	48	Parda	»	Sim	....	Sim	....	....	....	Idem, idem.
109	M. W. S. A.	»	21	Preta	»	Sim	Sim	Sim	....	....	....	Idem, idem.
110	M. A. J.	»	18	Branca	»	Sim	....	Sim	....	Sim	....	Leishmaniose e syphi- lis.

DOENTES DE DIVERSAS MOLESTIAS—7

N.º	Iniciais do nome	Sexo	Eidade	Cor	Profissão	Resultado do exame						Observações
						Ancylostoma	Ascari-des	Tricho-cephalos	Echino-soma	Oxyurus	Tenia inermis	
111	G. N. C.	Masc.	28	Preta	Lavrador	Sim	....	Sim	....	....	....	Leishmaniose tegu- mentar.
112	J. N. S. A.	"	25	"	"	Sim	....	Sim	....	....	....	Idem, idem.
113	H. T. A.	"	29	Branca	Pintor	Sim	Sim	Sim	....	....	....	Granuloma ulceroso tropical.
114	J. F. S.	"	48	"	Hortaleiro	Sim	Sim	Sim	....	....	....	Leishmaniose e insu- fficiencia aortica.
115	J. J. A.	"	36	"	Lavrador	Sim	Sim	Sim	....	....	....	Leishmaniose tegu- mentar.
116	J. P. S.	"	30	Parda	"	Sim	Sim x	....	....	....	....	Idem, idem.
117	T. S. B.	"	26	Branca	"	Sim	Sim	Sim	....	....	....	Idem, idem.
118	L. J. S. A.	"	8	Preta	.....	Sim	Sim	Sim	....	Sim	....	Granuloma ulceroso tropical.
119	F. J. O.	"	21	Branca	Lavrador	Sim	....	Sim	Sim	....	....	Leishmaniose tegu- mentar e tuberculo- se pulmonar.
120	J. G. M.	"	28	Preta	"	Sim	Sim	Sim	....	....	....	Idem, idem.

NECROSCOPIAS--2

N ^o	Iniciais do nome	Sexo	Idade	Cor	Profissão	Resultado do exame						Observações
						Ancylos- toma	Acarí- des	Tricho- cephalos	Eschisto- soma	Oxuros	Tomia inerte	
22	M. P.	Masc.	40	Parda	Carpinteiro	Sim	Sim	Sim	Sim	....	....
23	J. E. S. F.	"	18	"	Estudante	....	Sim	Sim	....	....	....
24	C. M.	Fem.	15	Branca	Serv. dom.	Sim	Sim	Sim	Sim	....	....
25	A. J.	Masc.	40	Branca	Operario	Sim	Sim	Sim	....	....	....
26	B. F. D.	Fem.	7	Branca	Serv. dom.	Sim	Sim	Sim	....	....	....
27	J. C.	Masc.	51	Parda	Lavrador	Sim	Sim	Sim	Sim	....	....
28	M. E. N.	Fem.	15	Parda	Serv. dom.	....	Sim	Sim	....	....	....
29	P. A.	Masc.	10	Preta	Estudante	Sim	Sim	Sim	....	....	....
30	M. J. S.	"	60	"	Carregador	Sim	Sim	Sim	....	....	....

NECROSCOPIAS

N. 1 —A. A. M. feminino, 5 annos, parda, Bahia, residente ao Forno do Cabulla, districto de Santo Antonio, (envenenamento mandioca). Morte violenta— Encontramos nos intestinos delgado e grosso, 100 ascarides, da dimensão media de 22 centímetros 0 pesando ao todo 330 grammas. No grosso intestino encontramos centenas de trichocephalos.

Havia eckmosis no jejuno, na mucosa do estomago e grande porção de pequenas eckmosis no colon transverso.

N.º 2—G. A. C. masculino, 48 annos, preto, solteiro, estivador. Morte violenta (queda n'um porão de navio)—hemorrhagia interna— Encontramos 4 ascarides, grandes, trichocephalos 4, 8 ancylostomas (necator).

N.º 3—C. A. masculino, 25 annos, pardo, Bahia, marinheiro nacional, domicilio a bordo do Tamoyo— Morte violenta—*Causa mortis*—fractura da base do craneo por queda— Encontramos 6 ancylostomas e 2 arcarides.

N.º 4—A. P. R. feminino, 30 annos, branca, casada, costureira, Bahia, domicilio rua das Campellas—Morte violenta (suicidio)—envenenamento por cyanureto de potassio— Encontramos 2 ancylostomas, 3 ascarides, 5 trichocephalos, 2 oxyuros e uma larva de mosca.

N.º 5—G. masculino, 30 annos, solteiro, pardo, Bahia. Residencia Victoria—Morte violenta—hemorrhagia interna em consequencia de ruptura do figado, produzida por esmagamento determinado por vehiculo

pesado em movimento (automovel). Encontramos 20 ancylostomas, 22 trichocephalos e 2 oxyuros.

N.º 6—T. F. F. masculino, 59 annos, pardo, casado, Bahia, domicilio Itaparica, negociante. Morte violenta, envenenamento por? (ignora-se)—Encontramos 2 ancylostomas, 29 trichocephalos, 4 ascarides.

N.º 7—D. M. C. feminino, 80 annos, solteira, parda, Bahia, criada, domicilio rua dos Capitães—Morte subita—ruptura espontanea da aorta—Encontramos 2 ancylostomas, 2 ascarides, 2 oxyuros, 4 trichocephalos, e 2 calculos nos intestinos.

N.º 8—M. R. S. masculino, 29 annos, pedreiro, Bahia, domicilio Bom Gosto (Pilar)—Morte violenta—homicidio—navalhada no braço—Encontramos 6 ancylostomas e 2 ascarides.

N.º 9—M. R. feminino, 30 annos, parda, solteira, Bahia, domicilio—Santo Antonio—Morte subita—congestão cerebral—Encontramos 13 ancylostomas, 17 ascarides, muitos delles medindo 32–33–34 e 35 centimetros de comprimento, 42 trichocephalos e um oxyuro.

N.º 10—F. R. S. masculino, 23 annos, preto, solteiro, carroceiro, Bahia, residente no districto da Penha,—Morte violenta—Encontramos 10 trichocephalos, 5 ancylostomas.

N.º 11—A. masculino, pardo, idade ignorada (adulto), Bahia, profissão, e residencia ignoradas—Morte violenta—compressão cerebral em consequencia de hemorragia interna por traumatismo craneano—Encontramos 14 ancylostomas, 7 ascarides, 17 trichocephalos.

N.º 12—C. J. S. masculino, 9 annos, pardo, Bahia, domicilio Brotas.—Morte violenta—envenenamento

por mandioca. Encontramos 5 ancylostomas e 76 trichocephalos.

N.º 13—E. A. feminino, 35 annos, branca, casada, serviço domestico, domicilio S. Pedro—Morte violenta—hemorrhagia da meningéa, em consequencia de fractura do craneo (automovel). Encontramos 2 ancylostomas e 7 trichocephalos.

N.º 14—A. U. masculino, 70 annos, pardo, solteiro, Bahia, profissão ignorada, domicilio Rua do Julião—Morte violenta—Fractura da base do craneo—accidente (queda)—Encontramos 25 ancylostomas e um ascarides.

N.º 15—F. masculino, 36 annos, pardo, Bahia, solteiro, conductor de vehiculos, residencia ignorada—Morte violenta—ruptura dos pulmões e do figado, fractura comminutiva da base do craneo, fractura de quasi todas as costellas, esmagamento do thorax e da cabeça em consequencia de desabamento. Encontramos 12 ancylostomas e 31 trichocephalos.

N.º 16—A. R. C. masculino, 16 annos, branco, solteiro, fogueteiro, residencia Bomfim—Morte violenta—explosão—Encontramos 28 ancylostomas 15 ascarides e 32 trichocephalos.

N.º 17—C. M. C. feminino, 39 annos, solteira, parda, Bahia, lavadeira, residencia Fazenda (Garcia), *Causa mortis*—asphyxia por submersão. Encontramos 8 ancylostomas, 74 ascarides e 26 trichocephalos.

N.º 18—A. B. masculino, preto, adulto, solteiro, Bahia, machinista, residente em S. Caetano (Pirajá)—Morte subita—Encontramos 15 ascarides e 25 trichocephalos.

N.º 19—A. F. P. masculino, 24 annos, branco,

Bahia, chauffeur, domicilio Maciel de Cima—*Causa mortis*—Pleuro pneumonia suppurada, peritonite consecutivas a ferimento por arma de fogo—Encontramos 17 trichocephalos e 23 ascarides.

N.º 20—M. C. S. C. masculino, preto, adulto, solteiro, carregador, domicilio Corta-Mão—Morte subita—dilatação aguda do coração, persistencia do buraco de BOTALO, cardio-esclerose—Encontramos 8 ascarides, as femeas em numero de 6, algumas tendo de comprimento 40 e 41 centimetros e os machos de 23 e 24 centimetros, e 15 trichocephalos.

N.º 21—A. J. S. masculino, 29 annos, preto, solteiro, Bahia, estivador, domicilio Santo Antonio—Morte por asphixia por submersão. Encontramos 23 ancylostomas, 15 ascarides e 54 trichocephalos.

N.º 22—M. P. masculino, 40 annos, mestiço, solteiro, carpinteiro, domicilio Baixa do Cabulla. Accidente—Esmagamento do abdomen, fractura da bacia, soterramento. Encontramos 21 ancylostomas, 8 ascarides, 18 trichocephalos, 15 eschistosomas.

N.º 23—J. R. S. F. masculino, 18 annos, mestiço, solteiro, Bahia, estudante, domicilio Praia da Pituba. Morte—accidente—asphyxia por submersão. Encontramos 29 ascarides e 32 trichocephalos.

N.º 24—C. M. feminino, branca, 15 annos, solteira, Bahia, domicilio Pedreira do Lobato. Suicidio,--envenenamento por cyanureto de potassio. Encontramos 15 ancylosmonas, 4 ascarides, 20 trichocephalos e 6 eschistosomas.

N.º 25—A. J. masculino, 40 annos, branco, Bahia, operario, (obito occorrido no nospital). Accidente hemorragia cerebral, em consequencia de fractura do

craneo. Encontramos 12 ancylostomas, 6 ascarides e 23 trichocephalos.

N.º 26—B. F. D. feminino, branca, 7 annos, Bahia, domicilio Caminho d'Areia.—Accidente, esmagamento dos membros inferiores por bonde. Encontramos 21 ancylostomas, 12 ascarides e 25 trichocephalos.

N.º 27—J. C. masculino, mestiço, 51 annos, solteiro, Bahia, lavrador, domicilio em Pojuca—Homicidio. Peritonite em consequencia de ferimento penetrante do abdomen por projectil de arma de fogo. Encontramos 32 ancylostomas, 12 ascarides, 26 trichocephalos e 10 eschistosomas.

N.º 28—M. E. N. feminino, mestiça, 15 annos, solteira, Bahia, domicilio na rua da Gloria—Suicidio, envenenamento por cyanureto de potassio. Encontramos 10 ascarides e 22 trichocephalos.

N.º 29—P. A. masculino, preto, 10 annos, Bahia, domicilio Estrada das Boiadas. Accidente—asphyxia por submersão. Encontramos 18 ancylostomas, 6 ascarides e 25 trichocephalos.

N.º 30—M. J. S. masculino, preto, 60 annos, carregador, Bahia, desconhecido o domicilio—Morte subita—hemorrhagia cerebral—Encontramos 12 ancylostomas, 30 ascarides e 41 trichocephalos.

* *

Foram examinados ao todo 230 individuos, sendo que 10 nada apresentavam de anormal a um exame ligeiro, e 120 eram doentes de varias molestias, sem symptomas apparentes de verminoses e feitas 30 autopsias em individuos mortos accidentalmente.

Pelo resultado destas pesquisas podemos concluir que a quantidade de pessoas parasitadas é enorme.

Ha concordancias entre os dados fornecidos pelos exames procedidos em pessoas julgadas normaes e as mortas accidentalmente ou por violencia exterior, havendo ligeiro desvio na quantidade de individuos portadores de trichocephalos, que nos normaes foi de 89 em 110 exames e nos autopsiados foi de 24 em 30 autopsias.

O numero de individuos que abrigam ancylostomas foi maior entre os autopsiados do que os vivos, são, talvez porque o maior numero destes por nós examinados eram individuos da melhor classe social.

Dos 110 individuos normaes, 28 eram do sexo feminino e 82 do masculino.

Menores de 5 annos do sexo masculino 6 e do feminino 3.

Das pessoas do sexo feminino 11 se entregam aos serviços domesticos, 5 aos serviços de copeira, cozinheira e engommadeira, figurando na lista como creadas.

Dos 82 individuos do sexo masculino são: medicos 8, bachareis 7, engenheiros 1, estudantes 11, negociantes e empregados do commercio 8, aprendizes marinheiros 28, empregados publicos 2, outras profissões 4, os restantes são individuos menores 15 annos.

Dos 120 individuos doentes de outras molestias são do sexo feminino 15 e 105 do masculino.

Do feminino 10 eram creadas, 2 operarias, 2 laveiras e uma charuteira.

Dos individuos do sexo masculino são lavradores 37, outros officios (carpinteiro, sapateiro, alfaiate, etc.) 18, carregadores 14, garimpeiros, jardineiros, oleiros, 4, pedreiros 5, operarios 3, padeiros 2, negociantes 1,

empregados (caixeiros, creados, etc.) 19, outras profissões 5.

Observamos que neste grupo dos individuos doentes de diversas molestias, poucos são os que não apresentam ovos de ancylostomas nas fezes sendo de 85 a 90 por 100 ou 101 parasitados em 120 doentes.

Dos individuos autopsiados são do sexo masculino 21 e do feminino 9. Quanto ás profissões são: 2 estudantes, 1 costureira, 5 do serviço domestico e lavadeiras, carroceiros, carregadores e estivadores 6, creados 2, marinheiros 1, negociantes 1, chauffeur 1, carpinteiro 1, operario 1, lavrador 1, e de profissão ignorada 1, sendo os demais individuos menores de 15 annos.

Dos 230 individuos examinados encontramos uma só variedade de vermes em 42 assim discriminados

	individuos sãos	doentes de varias molestias
ancylostomas só.....	1 vez	somente 2 vezes
ascarides somente.....	10 vezes	somente 2 »
trichocephalos somente... 18 »		somente 3 »
eschistosomas somente....	1 vez	somente 3 »
oxyuros vermiculares so-		
mente	1 »	— — —
tenia saginata somente... 1 »		— — —

Nas trinta autopsias sempre o parasitismo foi de mais de uma variedade de verme.

Reconhecemos que o numero das nossas observações é muito exiguo para podermos d'elle tirar conclusões definitivas.

Recolhemos os vermes somente nas autopsias feitas e por estes chegamos ás conclusões seguintes: das duas especies de ancylostomas predomina a ancy-

lostoma de STILES (*necator americanus*), podendo com satisfação afirmar as conclusões a que chegamos no estudo feito para a elaboração da nossa these de doutoramento sobre a frequencia relativa na Bahia das duas especies de ancylostomas de STILES e de DUBINI.

Encontramos o ancylostoma de DUBINI somente duas vezes e a associação das duas especies 1 vez.

As ascarides eram de ordinario em numero de 8 a 10 e somente em uma autopsia de uma menina morta accidentalmente (envenenamento por mandioca) encontramos mais de 100 ascarides. Esta observação podia deixar de figurar entre as do nosso quadro porque naturalmente devia ter apresentado em vida symptomas de verminose.

Em alguns casos, como na autopsia numero 20, as ascarides assumiam grandes dimensões, assim medimos algumas femeas com 40 e 41 centimetros de comprimento e alguns machos com 24 a 25 centimetros.

Encontramos as ascarides em todas as porções do tubo digestivo, desde o duodeno até o anus, com maior frequencia porém, no jejunio e ileum.

Quanto a ter achado as ascarides nas outras partes do tubo gastro-intestinal, isso parece sem importancia, por quanto conhecemos a migração destes vermes, do seu *habitat* normal, quando principia o resfriamento do cadaver.

Não tivemos tempo de examinar os trichocephalos encontrados, fazendo observar somente a adherencia destes vermes, no intestino do homem. Elles ficam tão enterrados na mucosa do grosso intestino, que se torna

muitas vezes impossivel retirar-os, mesmo em autopsias feitas muitas horas após a morte.

Sempre encontramos os trichocephalos no grosso intestino, em maior numero no *caecum* e no colon ascendente, rareando a proporção que nos affastavamos daquella porção do tubo gastro-intestinal.

Encontramos os *oxyuros vermiculares*, raros e em poucos casos (4), localizados no recto ou em suas immediações.

As tenias que obtivemos para estudo foram eliminadas por meio de vermifugos e as duas observações que figuram na nossa estatística são de tenia saginata. Conhecemos outros casos de tenia saginata, parecendo que até o presente, entre nós, na Bahia, ainda não foi encontrada a *tenia solium*, adquirida aqui.

Rendemos aqui o preito da nossa gratidão ao Dr. OSCAR FREIRE, illustrado professor de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia e dignissimo director do Instituto NINA RODRIGUES, que nos facilitou todas as pesquisas nos cadaveres que foram ter áquellê Instituto.

Dizem a maioria dos autores que pequeno numero de vermes, não influe sobre o estado geral do portador. De facto assim devia ser, mas pensamos que os vermes intestinaes, mesmo em pequeno numero, podem determinar modificações as mais variadas. Assim encontramos eosinophilia no sangue dos individuos aparentemente sãos e portadores de vermes, o que é a prova mais cabal de que as suas toxinas estão repercutindo sobre o organismo, que reage por aquella forma.

Não podemos acreditar na inocuidade dos ascarides, trichocephalos etc., principalmente este ultimo, que

penetra na mucosa do intestino, determinando pequenissimas feridas, que são tantas portas de entrada para a infecção.

Nunca tivemos occasião de observar um caso de verminose produzido pelo trichocephalo somente e em que houvesse anemia e outros symptomas. Entre nós domina a associação dos vermes, não sendo raro os individuos que abrigam nos seus intestinos 3 e 4 variedades delles.

Occorre-nos citar uma observação que julgamos muito instructiva e interessante e se não fosse o exame microscopico das fezes depois seguida da eliminação casual de alguns vermes o paciente teria morrido.

C. N. natural do Maranhão, medico, soffria ha muito de perturbações gastro-intestinaes, que vinham diminuindo seu peso, pois de 73 kilogrammas, que tinha outr'ora estava agora reduzido a 57.

Consultados todos os medicos locais, cada um fez o diagnostico mais exquisito. Emmagrecendo cada vez mais, resolveu vir até a Bahia, onde se sujeitou ao exame da maioria dos nossos medicos. Não foi mais feliz.

Alguns pediram os exames das fezes, mas debaixo do ponto de vista da pesquisa da acção dos succos intestinaes sobre as substancias alimentares. Os diagnosticos variaram entre a enterite, gastro-enterite, enterogastro-colite, enterite muco-membranosa, typhlite chronica, neurasthenia, etc..

Incidentemente teve beri-beri e logo que ficou melhor quiz voltar para a sua terra, tendo-nos pedido o exame das fezes. Procedemos a este exame tendo encontrado apenas ovos de ascarides, estes eram raros.

As fezes eram diarrheicas, mucosas, extremamente fetidas, parecendo que havia uma irritação intestinal.

Assim que ficou bom do beri-beri seguiu para o Maranhão no mesmo estado que quando chegou. Continuou a sentir as mesmas perturbações, dores intestinaes mal localizadas, nauseas e algumas vezes vomitos, diarrhéa, má digestão de todas as substancias alimentares, não obtendo resultados com medicação alguma.

No Maranhão passado algum tempo eliminou algumas ascarides naturalmente e lembrou-se de tomar um vermifugo tendo então eliminado quantidade incontavel de ascarides.

Tomou o vermifugo mais uma ou duas vezes e tornou-se bom recuperando o peso primitivo e assim com um simples remedio contra vermes curou-se da sua molestia chronica, que tanto fizera dispender em pura perda.

Como esta observação poderíamos citar muitas outras, nas quaes um simples exame das fezes tiraria todas as duvidas firmando de modo seguro e certo o diagnostico.

BAHIA—JULHO—1916.



Lesões cardiacas na Bahia num periodo de 50 annos

(1865-1915)

(REGISTO CLINICO DO HOSPITAL SANTA ISABEL)

PELO

Doutorando Armando Sampaio Tavares

A estatistica que se vae lêr nos foi suggerida, quando, ao percorrermos com outra mira o registo clinico do Hospital S. Isabel, deparamos com um numero extraordinario de casos de insuficiencia mitral, que tão rara é hoje em nosso meio.

Resolvemos numericamente determinar a quanto subiam os diagnósticos daquella cardiopathia e dahi se originaram as cifras que abaixo se lêem.

Dos motivos ou dos elementos que levaram os nossos maiores a taes conclusões, procuramos indagar, servindo-nos dos raciocinios fornecidos pela propedeutica e etiologia do caso.

Nossa analyse não tem em foco o depreciar das gerações medicas que se foram, nem o enaltecimento da actual. Tal não visa judiciosa critica, que, máo grado o valor negativo de quem a subscreeve, esta é.

Da audiencia de um sôpro systolico, no 4º ou 5º intercosto esquerdo, entre as linhas mammillar e paraesternal desse lado, mais para baixo ou para fóra, para onde o leve o myocardio dilatado ou em hypertrophia, parece que se fez cabedal bastante para a diagnose de uma insuficiencia mitral.

Uma distincção, porém, se impõe: a lesão mitral véra, primitiva, deve de separar-se daquellas que vêm como epiphenomeno em outras cardiopathias.

Da verdadeira pouco ha que se diga: a lesão valvular ja não permite que se toquem os labios das duas valvas da bicuspidé, e a onda retrograda para a auricula, em encontro com o sangue que ahí entra pelas veias pulmonares, dá logar á formação do turbilhão, que se traduz ao ouvido, no fóco mitral, pelo sôpro systolico.

Não é assim a insuficiencia funcional: ao myocardio, não ao endocardio, cabe a responsabilidade immediata da occurrente pertubação.

Fala-se de uma atonia dos musculos papillares; ahí ainda é uma affecção muscular. No corrente dos casos, a insuficiencia funcional da valvula auriculo ventricular esquerda é o corollario de perturbações myocardicas, façam-se ellas primitivas no musculo cardiaco, processem-se ao contrario ás custas da dilatação ou da hypertrophia do orgão por outras valvulites.

Á cardiosclerose, que tem na insuficiencia aortica a sua preferencia valvular, se devem, em grande parte, esses disturbios mitraes. Elles se declaram em periodo adeantado da molestia, em continuação á lesão aortica; ás vezes se tornam verdadeiras insuficiencias mitraes.

A grande valva, que no dizer de Huchard, é mais aortica do que endocardica, tambem soffre; estabelece-se a lesão e á cardiopathia primitiva se ajunta mais esta.

As mais das vezes, o que se passa é diverso: requisitado por maior funcção, hypertrophia-se o myocardio; uma dilatação se segue a este augmento de volume; as valvas se afastam ao mesmo passo que se

afastam as paredes do ventriculo esquerdo; não se coaptam as tampas orificiaes; formá-se a veia fluida e o ouvido percebe o sôpro. E' a mitralização do doente, na expressão de Huchard.

Annuncia o apparecimento desse sôpro o escurecimento do prognostico; esta insufficiencia funcçional vae concorrer para o desequilibrio circulatorio, que o *delirium cordis* exprimirá em breve, como sóe acontecer nos mitraes verdadeiros.

A distincção entre o sôpro funcçional e o organico ha despertado a attenção e chamado á observação os estudiosos. Subtil ella é; falha em muitos casos. Porque o sôpro é ora doce, ora *serratico*, porque a sua propagação para axilla é nulla ou ligeira; porque não se ouve no espaço interescapulo-vertebral; porque elle não se inclue em toda a systole, é que se distingue pelos diversos auctores o sôpro funcçional do organico.

Busquem-se todos esses caracteres, sem a confiança do absoluto; elles trahem. A observação do doente, seu estado geral, os pequenos signaes aclararão melhormente o diagnostico—Um embaraço se apresenta e a consciencia obriga a uma reserva necessaria: um doente cardiaco grave ou moribundo. Ahi não ha diagnose possivel; não se acompanhou de inicio a molestia do paciente, nem tão pouco se é informado como e quando appareceu esse sôpro; se elle foi precedido de algum, se a elle se seguiram outros.

No encontrar um sôpro mitral isolado não se achou elemento de grande valor; a ausencia do sôpro no foco aortico não nega a insufficiencia das sigmoides do orificio de igual nome. Não corresponde o maior sôpro á maior insufficiencia; ao contrario, a intensidade delle

está na razão inversa do gráo de afastamento valvular. Desappareceu no seu sitio de origem para ser mais audível na ponta, onde condições mais favoraveis se criaram. No que acabamos de dizer achamos razão para não apurar as lesões cardiacas, acompanhadas da nota de «agonisante» ou «moribundo». Pareceu-nos grandemente audaciosa tal asserção, em epochas onde falleciam, para a comprovação da clinica, os indispensaveis subsidios necroscopicos, unicos, por vezes, a elucidar a questão.

Referimo-nos apenas aos outros sôpros systolicos que se percebem tambem no fóco mitral: os anemicos e os cardiopulmonares. Os últimos encontram sua séde de eleição no fóco preventicular; variam com a disposição thoracica, com a respiração, com a attitude do doente. Os primeiros, a dyscrase sanguinea, revelada nos exames hematologicos e no estado do doente, explica muito bem.

—Ahi deixamos o que se podia taxar de hypotheses; valham-nos agora os argumentos muito mais fortes que nos dá a etiologia.

Sabe-se que as affecções mitraes isoladas são producto principalmente do rheumatismo polyarticular agudo. Todas as infecções e intoxicações (variola, sarampão, syphile, saturnismo, escarlatina, paludismo, etc.) entram com o seu contingente; mas esse não se percebe quando á sua frente se encontra o rheumatismo.

Em reciproca ao que estabelece Huchard, dizendo que o rheumatismo é o responsavel pela mór parte das affecções mitraes, seja-os permittida a proposição que iniciou estas considerações—Ajudem-nos as estatisticas

européas, onde o rheumatismo se encontra como molestia habitual dos invernos. Está em parallelo a curva dessa molestia, nessas regiões, com a das affecções da bicuspide.

Uma estatística de Gibson, citada por Huchard, refere em 51 casos de endocardite rheumatismal, 40 lesões mitraes e 3 lesões mitral e aortica.

Huchard, em 205 casos de endocardite rheumatismal, encontrou 121 casos de lesões mitraes, 52 de lesões mitral e aortica, 23 de lesões aorticas, 9 de tricuspides.

Isto bem se comprehende e é logico; mas o que se repelle é a frequencia espantosa, durante cerca de meio seculo, na Bahia,—das insufficiencias mitraes, com a quasi ausencia do seu principal factor.

As endocardites das outras molestias infectuosas, ao contrario do rheumatismo, não têm predilecções. O não explicar não nega o facto; «a syphile ama as arterias», sem que se saiba a origem dessa preferencia.

Os casos de rheumatismo articular agudo aqui surgem esporadicamente; as paginas dos nossos registos apenas falam de um ou de outro, alguns desses mesmo sem a especificação necessaria de que não foram referidos a infecção determinada. Em cerca de tres annos que acompanhamos o serviço da 1.^a Cadeira de Clinica Medica, dous casos apenas tivemos occasião de observar—Num delles, a endocardite aguda se inaugurou, seguiu-se-lhe o processo chronico, apesar da medicação salicylada e a insufficiencia mitral fechou a scena com a morte do doente.

Faça-se um parallelo entre o numero de insufficiencias mitraes diagnosticadas antigamente e as que

hoje se têm como taes; a desproporção entre os algarismos é bastante eloquente no exprimir a attenção prestada ultimamente na Bahia á mitralização no decurso das affecções cardiacas. Ao passo que no inicio, (excepto os annos de 1865, 1867, 1868, 1871, 1875) as relações entre o numero de insufficiencias mitraes e de insufficiencias aorticas, e entre aquellas e a sômma de todas as valvulites,—são expressas em algarismos decimaes, nesses ultimos annos elles são inteiros. Os maiores productores das cardiopathias entre nós, o alcoolismo e a arteriosclerose,—essa de infecções intoxicações ou de embaraços de trocas organicas produzida—elegem a valvula aortica para a sua localização, dando na insufficiencia aortica endarterica, molestia de Morgagni-Hogdson, a mais frequente das affecções cardiacas.

Em conclusão:

Ponham-se lado a lado as estatisticas das cardiopathias anno por anno; observe-se o que se passa em nosso meio; attenda-se á pouca frequencia do rheumatismo na Bahia; julguem-se as nossas considerações a respeito das outras causas: cremos, depois disso, não seremos tidos por desarrazoados.

ESTATISTICA

ANNO DE 1865

Insufficiencia mitral.....	1
Insufficiencia das valvulas (?).	3
Relação entre o numero de insufficiencias mitraes e todas as outras orovalvulites ($\frac{Im}{Lv}$).....	1:3

ANNO DE 1866

Insufficiencia mitral.....	3
Insufficiencia aortica.....	2
Relação entre o numero de insuficiencias mitraes e o de insuficiencias aorticas ($\frac{Im}{Ia}$)	1:0,66

ANNO DE 1867

Insufficiencia mitral.....	1
Insufficiencia aortica.....	1
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:1

ANNO DE 1868

Não ha diagnostico de cardialvulites

ANNO DE 1869

Insufficiencia mitral.....	2
Insufficiencia aortica.....	2
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:1
Insufficiencia tricuspide.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:1,5

ANNO DE 1870

Insufficiencia mitral.....	3
Estreitamento aortico.....	1
Insufficiencia das valvulas (?)....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,66

ANNO DE 1871

Insufficiencia mitral.....	3
Insufficiencia aortica.....	7

Relação: $\frac{I_m}{L_v}$	1:2,33
Estreitamento mitral	1
Relação: $\frac{I_m}{L_v}$	1:2,66

ANNO DE 1872

Insufficiencia mitral	13
Insufficiencia aortica	3
Relação: $\frac{I_m}{I_a}$	1:0,29
Insufficiencia pulmonar	1
Insufficiencia tricuspide	2
Estreitamento mitral	1
Relação: $\frac{I_m}{L_v}$	1:0,53

ANNO DE 1873

Insufficiencia mitral	7
Insufficiencia aortica	2
Relação: $\frac{I_m}{I_a}$	1:0,28

ANNO DE 1874

Insufficiencia mitral	6
Insufficiencia aortica	3
Relação: $\frac{I_m}{I_a}$	1:0,50

ANNO DE 1875

Insufficiencia mitral	8
Insufficiencia aortica	2
Relação: $\frac{I_m}{I_a}$	1:0,25
Insufficiencia tricuspide	6
Estreitamento aortico	1
Relação: $\frac{I_m}{L_v}$	1:1,12

ANNO DE 1876

Insufficiencia mitral.....	9
Insufficiencia aortica.....	3
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,33
Insufficiencia tricuspide.....	4
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,77

ANNO DE 1877

Insufficiencia mitral.....	14
Insufficiencia aortica.....	2
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,70
Insufficiencia tricuspide.....	2
Estreitamento aortico.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,35

ANNO DE 1878

Insufficiencia mitral.....	24
Insufficiencia aortica.....	4
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,16
Insufficiencia tricuspide.....	2
Estreitamento mitral.....	1
Molestia mitral.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,33

ANNO DE 1879

Insufficiencia mitral.....	32
Insufficiencia aortica.....	1
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,031
Insufficiencia tricuspide.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,062

ANNO DE 1880

Insufficiencia mitral.....	24
Insufficiencia aortica.....	5
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,208
Estreitamento mitral.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,25

ANNO DE 1881

Insufficiencia mitral.....	38
Insufficiencia aortica.....	2
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,052
Estreitamento aortico.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,078

ANNO DE 1882

Insufficiencia mitral.....	38
Insufficiencia aortica.....	7
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,184
Estreitamento aortico.....	2
Molestia mitral.....	2
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,289

ANNO DE 1883

Insufficiencia mitral.....	25
Insufficiencia aortica.....	2
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,080
Estreitamento aortico.....	1
Insufficiencia tricuspide.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,16

ANNO DE 1884

Insufficiencia mitral.....	25
Insufficiencia aortica.....	8
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,32
Estreitamento mitral.....	2
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,40

ANNO DE 1885

Insufficiencia mitral.....	28
Insufficiencia aortica.....	8
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,28
Estreitamento aortico.....	3
Insufficiencia tricuspide.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,42

ANNO DE 1886

Insufficiencia mitral.....	42
Insufficiencia aortica.....	5
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,119
Estenose aortica.....	2
Molestia mitral.....	2
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,214

ANNO DE 1887

Insufficiencia mitral.....	38
Insufficiencia aortica.....	5
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,13
Estenose mitral.....	1
Estenose aortica.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,18

ANNO DE 1888

Insufficiencia mitral.....	33
Insufficiencia aortica.....	6
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,18
Insufficiencia tricuspide.....	1
Estenose aortica.....	1
Molestia mitral.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,27

ANNO DE 1889

Insufficiencia mitral.....	53
Insufficiencia aortica.....	4
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,075
Estenose aortica.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,094

ANNO DE 1890

Insufficiencia mitral.....	39
Insufficiencia aortica.....	1
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,025
Molestia mitral.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,052

ANNO DE 1891

Insufficiencia mitral.....	30
Insufficiencia aortica.....	7
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,23
Molestia aortica.....	2
Estenose mitral.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,033

ANNO DE 1892

Insufficiencia mitral.....	35
Insufficiencia aortica.....	5
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,14
Estenose aortica.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,17

ANNO DE 1893

Insufficiencia mitral.....	46
Insufficiencia aortica.....	2
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,04

ANNO DE 1894

Insufficiencia mitral.....	17
Insufficiencia aortica.....	2
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,11

ANNO DE 1895

Insufficiencia mitral.....	24
Insufficiencia aortica.....	5
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1;0,25

ANNO DE 1896

Insufficiencia mitral.....	32
Insufficiencia aortica.....	6
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,18
Estreitamento mitral.....	1
Molestia aortica.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,25

ANNO DE 1897

Insufficiencia mitral.....	24
Insufficiencia aortica.....	5
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,25
Estenose mitral.....	1
Molestia aortica.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,29

ANNO DE 1898

Insufficiencia mitral.....	29
Insufficiencia aortica.....	0
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,29

ANNO DE 1899

Insufficiencia mitral.....	4
Insufficiencia aortica.....	1
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,024
Estenose mitral.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,73

ANNO DE 1900

Insufficiencia mitral.....	13
Insufficiencia aortica.....	8
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,61
Molestia mitral.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,69

ANNO DE 1901

Insufficiencia mitral.....	24
Insufficiencia aortica.....	11
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,45

Molestia mitral.....	2
Relação: $\frac{I_m}{L_v}$	1:0,54

ANNO DE 1902

Insufficiencia mitral.....	18
Insufficiencia aortica.....	4
Relação: $\frac{I_m}{I_a}$	1:0,27
Molestia mitral.....	2
Relação: $\frac{I_m}{L_a}$	1:0,33

ANNO DE 1903

Insufficiencia mitral.....	18
Insufficiencia aortica.....	6
Relação: $\frac{I_m}{I_a}$	1:0,33

ANNO DE 1904

Insufficiencia mitral.....	15
Insufficiencia aortica.....	5
Relação: $\frac{I_m}{I_a}$	1:0,33
Lesão valvular (?).....	1
Molestia aortica.....	1
Relação: $\frac{I_m}{L_v}$	1:0,46

ANNO DE 1905

Insufficiencia mitral.....	13
Insufficiencia aortica.....	3
Relação: $\frac{I_m}{I_a}$	1:0,23
Estreitamento aortico.....	1
Relação: $\frac{I_m}{L_v}$	1:0,307

ANNO DE 1906

Insufficiencia mitral.....	17
Insufficiencia aortica.....	9

Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,53
Molestia mitral.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,58

ANNO DE 1907

Insufficiencia mitral.....	17
Insufficiencia aortica.....	13
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,76
Estreitamento aortico.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,82

ANNO DE 1908

Insufficiencia mitral.....	17
Insufficiencia aortica.....	6
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,35

ANNO DE 1909

Insufficiencia mitral.....	17
Insufficiencia aortica.....	10
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,58
Molestia mitral.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,64

ANNO DE 1910

Insufficiencia mitral.....	14
Insufficiencia aortica.....	13
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,94

ANNO DE 1911

Insufficiencia mitral.....	27
Insufficiencia aortica.....	7
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,25

Estreitamento aortico.....	1
Estreitamento mitral.....	1
Molestia mitral.....	1
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:0,37

ANNO DE 1912

Insufficiencia mitral.....	39
Insufficiencia aortica.....	17
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,43

ANNO DE 1913

Insufficiencia mitral.....	18
Insufficiencia aortica.....	10
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:0,55

ANNO DE 1914

Insufficiencia mitral.....	17
Insufficiencia aortica.....	27
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:1,588

ANNO DE 1915

Insufficiencia mitral.....	7
Insufficiencia aortica.....	31
Relação: $\frac{Im}{Ia}$	1:4,428
Estenose mitral.....	1
Estenose pulmonar.....	1
Molestia aortica.....	4
Molestia mitral.....	2
Relação: $\frac{Im}{Lv}$	1:5,571

SOMMA

Insufficiencia mitral.....	1.010 casos
Estenose mitral.....	13 «
Molestia mitral.....	17 «
Insufficiencia aortica.....	288 «
Estenose aortica.....	17 «
Molestia aortica.....	9 «
Insufficiencia pulmonar.....	1 caso
Estreitamento pulmonar.....	1 «
Molestia da pulmonar.....	0 «
Insufficiencia tricuspide.....	20 casos
Estreitamento tricuspide.....	0
Dupla lesão tricuspide.....	0
Lesão valvular não especificada	3 casos

Em complemento acrescentamos os diagnosticos de «lesão cardiaca» e outras cardiopathias que abaixo ennumeramos, sob a rubrica encontrada no registo:

Lesão cardiaca.....	126 casos
Molestia de Roger.....	1 caso
Myoendocardite.....	1 «
Degeneração do coração.....	4 casos
Dilatação do coração.....	1 caso
Hypertrophia do coração.....	12 casos
Aneurisma passivo do coração..	1 caso
Insufficiencia central (?).....	1 «
Esclerose cardio-renal.....	20 casos
Myocardite.....	39 «
Myocardite rheumatismal.....	1 caso
Myocardite esclerosa.....	12 casos
Cardiosclerose.....	43 «

Asthma cardiaca.....	3	«
Esclerose cardio-bulbar (?)....	1	caso
Molestia de coração.....	2	casos
Endocardite.....	8	«
Endocardite reumatismal....	11	«
Insufficiencia do myocardio..	1	caso
Myocardite e pleurite.....	1	«
Asystolia.....	2	casos (*?)
Insufficiencia cardio-renal....	3	«
Esclerose cardiohepatica.....	1	caso

Bahia, Julho 1916.



Dois anatomistas da Bahia esquecidos

(Soares de Castro e Jonathas Abbott)

PRÉLO

Prof. Oscar Freire

A ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA publicou, em 1908, commemorando o primeiro centenario da instituição do ensino medico no Brasil, um precioso volume, que aliás somente agora pude ler e em que cuidadas noticias bibliographicas balanceam a contribuição scientifica nacional no periodo que vae de 1808 a 1908.

Notei, porém, com pesar, que, mercê da falta de informações convenientes, houve em certos capitulos omissão de alguns escriptos medicos bahianos.

Havendo tempo disponível, irei notando á margem dos bellos capitulos do excellent volume os nomes e os trabalhos que foram esquecidos.

Por agora quero apenas deter-me na parte que trata da anatomia elaborada pelo eminente professor BENJAMIN BAPTISTA, que tenho por uma gloria da anatomia brasileira entre os maiores que a têm honrado.

A ausencia de publicações relativas á historia da anatomia na Bahia deu logar a que fossem esquecidas no valioso estudo publicações de dois conspiciuos anatomistas que floresceram na Faculdade de Medicina bahiana: JOSÉ SOARES DE CASTRO, o iniciador do ensino regular da anatomia no Brasil, e JONATHAS ABBOTT, "o consumado e projecto anatomista", que "por quarenta e dois annos illustrou o ensino da anatomia", no dizer abalisado de ANSELMO DA FONSECA.

Ha, além disso, visível engano em attribuir a José

CORREIA PICANÇO a gloria de ter sido o iniciador do ensino da anatomia na Bahia.

“Dando uma ligeira noticia dos trabalhos anatomicos” “publicados no Brasil,” escreveu o professor B. BAPTISTA, “seria grande injustiça olvidar o nome de JOSÉ CORREIA” “PICANÇO, que, sendo nomeado demonstrador de anatomi-” “mia por carta regia de 3 de Outubro de 1772 e lente” “cathedratico a 17 de Fevereiro de 1889, foi quem pri-” “meiro realizou demonstrações anatomicas com cadaver” “humano na Faculdade de Medicina da Bahia”.

JOSÉ CORREIA PICANÇO, depois BARÃO DE GOYANA, só veio á Bahia em 1808, com a côrte de D. João VI, na qualidade de cirurgião-mór do Reino e de medico da real camara. Aqui apenas se demorou o pouco tempo em que esteve a côrte á espera de transporte para o Rio.

Era realmente anatomista, e de valor, tendo deixado na Universidade de Coimbra grande e justa nomeada. Mas não consta jamais tivesse leccionado anatomia na Bahia, nem de passagem, nem sequer que tivesse praticado aqui disseccções. A confusão proveio (e as datas citadas o provam sobejamente) do facto de ter sido PICANÇO nomeado pelo Marquês de Pombal demonstrador da Universidade de Coimbra justamente em 3 de Outubro de 1772, depois, em 1779, lente, e de, ali, em Coimbra, ter iniciado o estudo pratico da anatomia humana pelas disseccções em cadaveres humanos, pois até então as demonstrações se faziam em animaes. Foi em Coimbra, pois, que CORREIA PICANÇO praticou disseccções em cadaveres humanos, iniciando assim o ensino e estudo pratico da anatomia em Portugal, e não na Bahia, como affirmou o Professor B. BAPTISTA.

Serviço de outra ordem e de maior alcance prestou PICANÇO ao ensino medico brasileiro: foi o seu fundador. Foi “annuindo á proposta que lhe fez o doutor JOSÉ CORREIA PICANÇO, Cirurgião Mór do Reino e do seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma escola de cirurgia no hospital real” da Bahia, que D. João VI fundou o primeiro nucleo do ensino medico no Brasil.

Creando a escola de cirurgia, a carta de 16 de Fevereiro de 1808, commettia a CORREIA PICANÇO “a escolha dos professores, que não só ensinassem a Cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial della”. E os professores escolhidos foram MANOEL JOSÉ ESTRELLA e JOSÉ SOARES DE CASTRO, ambos cirurgiões militares, o primeiro para leccionar cirurgia e o segundo anatomia.

Graças ao esforço do Professor FREIRE DE CARVALHO FILHO, sabe-se que MANOEL JOSÉ ESTRELLA foi nomeado precisamente no dia 23 de Fevereiro de 1808, quando recebeu instrucções para o ensino redigidas e assignadas pelo proprio PICANÇO. Não ha, porém, documento publicado, indicando a data da nomeação de JOSÉ SOARES DE CASTRO para anatomia. Sei, entretanto, que em Março de 1808 já elle se achava no desempenho das funcções de professor.

Assim, foi realmente na Escola de Cirurgia da Bahia que, no começo do anno de 1808, se iniciou o ensino regular da anatomia no Brasil. Mas não foi CORREIA PICANÇO o seu iniciador e sim o cirurgião militar português JOSÉ SOARES DE CASTRO.

Não ficaram muitos documentos sobre a vida de JOSÉ SOARES DE CASTRO. Parece que não foi homem desprovido de cultura mental, que foi cumpridor de deveres e um mestre exemplar.

Uma phrase do Professor MALAQUIAS ALVARES DOS SANTOS, um dos mais brilhantes talentos e das mais soildas culturas que passaram pela Faculdade de Medicina da Bahia, na sua MEMORIA HISTORICA DE 1854 (em que faz a historia da evolução do ensino medico de 1808 até 1854), traz-me aliás um tanto intrigado sobre o merito real de SOARES DE CASTRO. A phrase é a seguinte: “Cumpre porém não esquecer que era lente de anatomia o cirurgião Mór SOARES DE CASTRO e de cirurgia o outro. E quando nenhuma outra cousa os fizesse recommendaveis a nós, *comquanto consta que a MANOEL ESTRELLA não faltava*

“nem intelligencia, nem dedicação, o titulo de instituidores do ensino medico na Bahia a elles é que é devido”.

Seria que constava então que a SOARES DE CASTRO faltavam “intelligencia e dedicação”? Ou, já naquella epoca, escasseavam os elementos para um julgamento exacto?

Seja como fôr, sabe-se hoje que SOARES DE CASTRO ensinou anatomia com cuidado e com exactidão, mercê do depoimento muito valioso do Professor BRAZ DO AMARAL. Este illustre historiador bahiano encontrou no Archivo Publico da Bahia documentos taes que o levaram a firmar o seguinte julgamento sobre o ensino da Escola de Cirurgia: “Não só os dois primeiros professores não faziam “daquillo uma perambulação, como até reclamavam, com “energia, pela severidade do ensino, conforme se vê dos “officios dirigidos ao governador sobre os estudantes que “faltavam por Soares de Castro e nas reclamações energicas acerca da retirada precipitada que faziam algumas “vezes dos cadaveres, que eram precisos para as dessecções anatomicas. Num destes documentos diz o professor “que não admittia que pudesse servir sem ter consciencia “de ser util no trabalho que prestava ao Estado e ao Rei”.

JOSÉ SOARES-DE CASTRO publicou alguns trabalhos de anatomia. Creio até que foi quem primeiro publicou escriptos sobre anatomia no Brasil.

NASCIMENTO BLACKE cita como obras de SOARES DE CASTRO as seguintes:

Elementos de Osteologia, offerecidos ao illustrissimo senhor doutor JOSÉ CORREIA PICANÇO—Bahia, 1812—112 paginas in 4º;

Da noxologia—Bahia, 1813—167 paginas in 4º;

Da angiologia—Bahia, 1814—237 paginas in 4º;

Da neurologia—Bahia, 1815—113 paginas in 4º;

Da splachnologia—Bahia, 1829—in 8º e

informa que todos faziam parte de um *Tratado de anatomia*. Diz ainda que o DR. COUTO E MELLO no “*Ensaio da bibliographia medica do Rio, anterior á fundação da escola de medicina*” menciona um *Compendio de anatomia* de

SOARES DE CASTRO, editado, em 4º, em 1831 e de cuja existencia nada sei. Talvez confusão do DR. COUTO E MELLO.

De todos esses trabalhos de JOSÉ SOARES DE CASTRO somente um conheci *de visu*: o V volume do *Tratado de anatomia—Da splanchnologia*, existente na antiga Bibliotheca da Faculdade destruida pelo incendio.

Nos meus tempos de estudante, quando CARNEIRO DE CAMPOS, JULIANO MOREIRA, GONÇALO MONIZ, ELIAS DA ROCHA BARROS e outros organizavam o catalogo da velha bibliotheca, o meu gosto pelas velharias e a minha curiosidade sempre viva pelosalfarrabioslevaram-me a compulsar o estragado volume in-quarto da Anatomia de SOARES DE CASTRO. Tenho perfeita reminiscencia do livro, mas não guardo lembrança da leitura, um pouco apressada, que delle fiz. O ultimo catalogo da Bibliotheca, antes do incendio de 1905, regista-o: *Tratado de anatomia (Da splanchnologia)*. Typographia Imperial e Nacional—1829.

CASTRO jubilou-se em 1828 e a tradiçãõ do seu ensino cedo apagou-se supplantada pelo brilho inexcedivel do seu eminente successor na cadeira, o grande JONATHAS ABBOTT.

Outra omissãõ que merece corrigida no estudo do Professor B. BAPTISTA é justamente a que concerne aos trabalhos de JONATHAS. A respeito desse grande professor que deixou varios trabalhos anatomicos, dos quaes eu proprio possuo alguns, apenas diz o eminente Professor BENJAMIN BAPTISTA, quando se refere ao *Curso elementar de anatomia humana ou lições de Anthropothomia* do DR. JOSÉ MAURICIO NUNES GARCIA: “O professor inserio no seu “livro um importante mappa osteogenico organizado pelo “Conselheiro Jonathas Abbott, illustre anatomico bahiano, “quadro este que ainda hoje presta bons serviços, indicando de modo preciso o desenvolvimento de todas as “peças constituitivas do esqueleto”.

Si folgo em ver que o trabalho do eminente professor bahiano, mais de cincoenta annos depois de publicado, desperta elogio tão grande de uma das maiores notabilidades em anatomia, lastimo que este illustre e competente scien-

tista não tivesse conhecido os outros trabalhos que ABOU publicou. Seria a occasião asada para o julgamento definitivo dos meritos do eminente professor, que por 45 annos ensinou a anatomia na Bahia, feito por um competente.

Tenho a impressão de que JONATHAS ABOU foi incontestavelmente um grande anatomista e um grande mestre. Foi tambem um typo singular de *self made man*.

A' proporção que estudo melhor a evolução do ensino da sciencia medica na Bahia, á proporção que vou entrando na intimidade dos seus varios periodos e vou conhecendo melhor os homens e as coisas de cada epoca, a figura de JONATHAS mais se impõe á minha admiração. Formosa intelligencia de grande cultura, homem de sciencia illustre, professor exemplar, infatigavel trabalhador, espirito progressista, adeantadissimo, tempera de lutador e de organizador, JONATHAS excede aos maiores de sua epoca, em meu sentir.

Foi um professor completo. Methodico, preocupado com as boas regras de um methodo didactico seguro, sabia prender o alumno e transmittir-lhe o seu amor pela disciplina que brilhantemente professava. Varias lições introductorias do curso de anatomia que tenho lido, ainda hoje dão-me a impressão de sciencia segura, firme, ponderada numa longa disciplina mental e esclarecida por uma rara, nobre e lucidissima intelligencia.

Era inglez, de Londres; nascera em 3 de Agosto de 1796 e viera para a Bahia com 16 annos, dizem que como *groom* do Dr. JOSÉ ALVARES DO AMARAL, que foi substituto do Collegio Medico Cirurgico desde 1816. Não tenho absoluta certeza desse ultimo facto, que soube de pura tradição oral, mas sei que JONATHAS era de humilde condição. Pela só força da vontade, a golpes de talento formou-se em medicina e cirurgia em 1819 e esteve em seguida na Universidade de Palermo, onde se doutorou. Nomeado para o Collegio Medico Cirurgico da Bahia, em 1825, foi nomeado lente de anatomia em 1828 pela jubi-

lação de SOARES DE CASTRO. Chegou a ser director da Faculdade da Bahia em 1831 e jubilou-se em 1861.

Sobre JONATHAS escreve NASCIMENTO BLACKKE, cujos informes são confirmados por todos os dados que tenho colhido: "Grande anatomista, como não me consta que tenha existido egual no Brazil, foi o fundador do gabinete anatomico da Faculdade da Bahia, que continha uma collecção de peças curiosas, já era notavel antes que fosse instituido o da côrte e ao qual por deliberação da mesma Faculdade foi dado o titulo de gabinete ABOTT". (256 — Diccionario bibliographico brasileiro, 4.^o volume.— Rio, 1898).

O Dr. A. I. DE MELLO MORAES, que conheceu pessoalmente o gabinete Abott na qualidade de preparador voluntario, que foi de anatomia da Faculdade, dedicou-lhe referencia especial, á pagina 436 da segunda parte do Tomo I da Chorographia historica, chronographica, genealogica, nobiliaria e politica do Imperio do Brasil.—Rio, 1863.— "E' o primeiro e o mais importante gabinete anatomico, que tem o Brasil, o da Bahia; embora pequeno é riquissimo de peças naturaes e artificiaes devido aos cuidados do intelligente professor de anatomia que o formou, sem que ao Estado custasse um real".

O professor MALAQUIAS ALVARES DOS SANTOS presta, na sua Memoria Historica, o seu testemunho sobre a dedicação de JONATHAS ao ensino da anatomia. Narrando o que era o ensino nos tempos em que se matriculou na Faculdade (1832) diz MALAQUIAS: "No primeiro anno frequentamos Anatomia, Chimica e Clinica. O ensino da Anatomia regido então pelo Dr. Antunes, só o foi pelo respectivo proprietario em o fim do anno, em sua vinda da Europa. Não tinhamos além da boa vontade de ambos esses lentes para esse estudo commodos alguns: era-nos necessario cotisarmo-nos para as despezas das disseccões e muitas vezes iamos carregar nos braços os cadaveres do deposito para a sala dos mesmos. Graças, porém, ao digno professor desta cadeira (JONATHAS) que nos soube infundir amôr

á sciencia e que com sacrificios seus nos quiz muitas vezes, por aproveitar cadaveres, vir leccionar e trabalhar connosco nos dias feriados, prolongando seus trabalhos por duas ou mais horas, de modo que fez-se-nos o estudo d'anatomia mais attractivo" (Memoria historica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao anno de 1854, editada em 1905, pag. 9). Mais adiante escreve ainda MALAQUIAS: "O illustre DR. JONATHAS ABOIT, em seu zelo pelo ensino pôde conseguir dos respectivos alumnos as preparações com que se instituiu e se vae engrandecendo este gabinete, de cujas peças nenhuma ha que tivesse custado um real aos cofres publicos, tirando-se apenas das economias das despezas eventuaes da escola o que tem sido necessario para a sua conservação".

Possuo um outro documento sobre o ensino de ABOIT. Em 1849 FIRMINO COELHO DO AMARAL apresentou para obter o gráo de doutor em medicina uma these sobre *O medico na Bahia*, tendo como epigraphe: *nosce te ipsum*. Nesse corajoso trabalho o autor descarna com rigor e má vontade as mazellas do ensino medico naquella epoca, em que não descobre nada de aproveitavel, peccando talvez por exagerado pessimismo, nunca por benevolencia. Ha na these visivel preocupação de evidenciar independencia, evitando o autor com cuidado qualquer elogio aos professores. São taes e tantas as coisas más que, embora sem grosseiria, diz do ensino medico bahiano, que ainda não pude saber como semelhante these foi acceita e approvada pela grave e irritadiça Congregação da Faculdade. As referencias do teor das feitas ao ensino da anatomia são rarisimas nos capitulos da these em que quasi tudo é censura, delicada, mas vigorosamente condemnatoria. Acompanha FIRMINO AMARAL o candidato dos *estudos preparatorios* até á vida pratica em capitulo que tem por titulo expressivo—*Medico sem medicina e medicina sem medico*,—passando em revista os *seis annos do tirocinio*, cada cadeira, uma por uma. Ao chegar ao 2.º anno escreve F. do

AMARAL "...ô estudante paga segunda matricula e pretende aprender a Anatomia e a Chimica. Ainda a primeira d'estas duas é entre nós mais ou menos sabida, porque alem da eloquencia e saber da pessoa que a lecciona, as necessidades materiaes, mesmo antes da vinda do cadaver de cartão do DR. AUZOU, eram satisfactoriamente prehenchidas, porque raro é o estudante que não tem os ossos do squeleto, ou por elle mesmo preparados, ou por outro que lh'os cedeu gratuitamente ou com algum interesse: os cadaveres, é verdade, eram e são ainda muito difficeis de se obter, não só porque é muito limitado o numero de mortos do Hospital da Misericordia, como tambem porque alguns destes não podem servir pelo estado de putrefacção, e outros por serem reclamados pelos parentes, que quase sempre apparecem n'essas occasiões com supersticioso e mal entendido sentimento de humanidade".

"Com tudo isso, quem gosta de estudar, aproveita os cadavres dos dias santos e domingos que com os outros obitidos nas turmas e mais as stampas em fumo e coloridas, muito boas que ha na Biblioteca Publica e da Schola, tem concorrido, mesmo em annos anteriores, para que na Bahia se possa saber tanta Anatomia que sobre esta sciencia ganhe-se um premio na Europa. João Leslie era estudante do 4.º anno da Schola da Bahia, quando passou-se para a Inglaterra, afim de concluir sua carreira na Universidade de Edimburgo em Escossia. Tendo porém de fazer exames em todas as materias aqui aprendidas, para poder então matricular-se lá, e sendo permittido os examinandos proporem-se a louvor ou a simples approvação, quiz elle ser um dos candidatos a premio nas provas por que tinha de passar em Anatomia. Com effeito seu desejo foi coroado de bom successo e um diploma com alguns livros foram-lhe dados, como um titulo honroso do seu aproveitamento".

Conheci ainda os restos do velho GABINETE ABOIT e muita vez attentando ás difficuldades contemporaneas e imaginando as que se deviam encontrar tantos annos

antes, pensei, admirado, na força de character, no amor ao trabalho, na dedicação, na coragem precisos para conseguir tanto quanto JONATHAS obteve.

Um facto que me narrou meu prezadissimo e particular amigo e meu illustre mestre o Professor CARNEIRO DE CAMPOS, actual e competente cathedratico de anatomia da Faculdade, define JONATHAS. Havia então um individuo, padre, portador de uma lesão ossea curiosa e rara. Fallecido, JONATHAS, que o conhecia, fez o possivel para obter o cranio, que reputava precioso, para o Museu. Não o conseguiu, mas não se conformou com a perda da peça valiosa; recorreu aos meios extremos e, com a cumplicidade do coveiro, exhumou o corpo e furtou o cranio cobizado, que passou a figurar na valiosa collecção, que na Faculdade reuniu.

JONATHAS fez excepção aos maiores scientists de sua epoca: não se deixou ficar inedito; produziu e publicou varios trabalhos.

A crêr-se no depoimento de NASCIMENTO BLACKE é até relativamente copiosa a sua lista bibliographica São os seguintes os trabalhos mencionados por BLACKE:

Generalidades introductorias ao estudo da anatomia descriptiva seguidas de generalidades de osteologia. Bahia, 1840—in 8°. Quarta edição—Bahia, 1855—86 pags. in 8°.

Generalidades de arthrologia—Bahia, 1840—in 8°. (Possuo a quinta edição desse trabalho—*mandada imprimir por alguns dos seus alumnos*, em 1857, na Typographia de E. Pedrosa na Bahia) 41 paginas in 8°.

Generalidades da myologia—Bahia, 1843—in 8°. Ha quarta edição 1856.

Generalidades de angiologia e dos systemas em que ella se divide—Bahia, 1843—in 8°. Ha varias edições.

Mappa osteologico ou resumo das epocas em que se desenvolvem os differentes ossos e suas epiphyses, quando estes se reúnem entre si e quando afinal cada peça do esqueleto está completamente ossificada—Bahia 1855 (Foi

este o trabalho reproduzido no livro de NUNES GARCIA citado pelo professor B. BAPTISTA.

Esboço histórico da anatomia, desde o berço até o seculo actual, precedida de um discurso preliminar sobre a utilidade daquella sciencia, recitado na abertura da aula no 1º. de Março de 1837—Bahia 1837, 28 paginas in 8º.

E 18 discursos, falas e allocuções introductorias ao estudo da anatomia publicadas em 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1851, 1855, 1857 e uma fala de despedida aos estudantes do 2º. e 3º. annos em 1849.

Diz BLACKE que “ha ainda outros discursos de abertura e de encerramento do curso de anatomia”, mas que elle só possuiu “a partir de 1851 os dois ultimos mencionados (1855-1857).

ABOTT deixou uma grammatica ingleza que ainda se usava nos meus tempos de estudante, traducções de MOLIÉRE e de GÓLDSCMIDTE e um drama.

A directoria do Professor DEOCLECIANO RAMOS fez collocar no MUSEU ANATOMO-PATHOLOGICO da Faculdade de Medicina da Bahia o busto em bronze de JONATHAS ABBOTT. Naquella epoca o *museu anatomico* estava fundido ao *museu anatomo-pathologico*. O regimento actual da Faculdade, graças aos esforços e á proposta do professor CARNEIRO DE CAMPOS separou o *museu anatomo-pathologico* do *museu anatomico*, que passou a fazer parte do Instituto Anatomico. Neste é que deverá figurar o busto de JONATHAS ABBOTT.



REMINISCENCIAS CLINICAS

1868--1916

Terminando meu curso na Faculdade de Medicina da Bahia em 1867, preparei-me para concorrer a um lugar do magisterio na mesma Faculdade.

Desde 1865 haviam sido suspensos os concursos ás vagas existentes, em virtude da guerra em que estava empenhado o Brasil contra o Paraguay, na qual grande numero de medicos e de estudantes estavam prestando seus serviços profissionaes.

Terminada a guerra, foi em 1870 aberta a inscripção para preenchimento das vagas existentes.

Vigoravam nesse tempo os estatutos decretados pela reforma de 28 de Abril de 1854.

O corpo docente era constituído por lentes cathedricos e oppositores, que substituiam os lentes em seus impedimentos e exerciam alem disto os cargos de preparadores ou de chefes de clinica.

As cadeiras do curso medico eram divididas em tres grupos:

- 1^a. Secção—Sciencias accessorias.
- 2^a. Secção—Sciencias cirurgicas.
- 3^a. Secção—Sciencias medicas.

Inscrevi-me para o concurso ao lugar de oppositor da secção de sciencias cirurgicas.

Esta secção comprehendia as seguintes cadeiras:

Anatomia descriptiva;
Anatomia geral e pathologica;
Pathologia externa;
Anatomia topographica, Medicina operatoria e
Apparelhos;

Partos, molestias de mulheres peçadas e de recém-nascidos;

Clinica externa.

Realizado o concurso em Março de 1871, fui nomeado oppositor e empossado nesse cargo em 13 de Maio do mesmo anno.

Em Junho segui para a Europa, impellido pelo desejo e necessidade de aperfeiçoar meus estudos, que se ressentiam da organização deficiente do nosso ensino medico naquella epoca e sobretudo da falta de instrucção pratica, que o tornava incompleto e falho, não obstante o talento e competencia de muitos dos illustres professores.

Cheguei a Paris em Julho de 1871. A bella capital soffria ainda os desastrosos effeitos da guerra franco-prussiana, do cerco de Paris e da communa.

Ahi encontrei um distinctissimo collega fluminense Dr. Furquim Werneck, que foi mais tarde eminente clinico e habilissimo parteiro, de grande nomeada no Rio de Janeiro. Resolvemos seguir juntos para Vienna, donde regressariamos no anno seguinte para Paris, e allí permanecemos com grande proveito durante o semestre de inverno 1871—1872 e o semestre de verão desse ultimo anno.

Brilhava então no ensino de clinica cirurgica o celebre professor Billroth e na clinica obstetrica o eminente pratico Carl Braun.

Vimos em seguida, em Munich, o insigne hygienista Pettenkofer, cujo instituto organizado com requintes de proficiencia e admiravelmente installado attrahia a visita especial dos medicos estrangeiros.

Depois de rapida visita ás universidades de Praga, de Buda-Pest e de Leipzig demoramos-nos em Berlim onde tivemos a fortuna de ouvir Traube, Frerichs, Langenbeck, e o *primus inter pares* na sciencia alleman, Virchow, o preclaro fundador da theoria celular, cujas investigações deram á medicina moderna a orientação scientifica que tem sido o seguro roteiro do seu mais auspicioso progresso.

Depois de uma ligeira excursão ás universidades da Belgica, fomos a Londres, onde em dois mezes vimos um numero enorme de grandes operações e admiramos o famoso gynecologista Spencer Wells, que completava então suas duas mil ovariectomias, com uma estatistica admiravel, em que a percentagem de mortalidade foi successivamente decrescendo até uma proporção minima.

Em Londres separei-me do meu prezado amigo e distincto collega Dr. Furquim Werneck e segui para Edimburgo, onde ia cumprir um dever de amizade, visitar o meu velho amigo Dr. Paterson, mestre querido na minha vida profissional, o illustrado, popular e humanitario clinico, cuja memoria não se apagará no povo bahiano.

Fui por elle apresentado ao eminente Professor Lister, cuja fama já se tornava universal.

A doutrina de Pasteur exercia então sua influencia prodigiosa e benefica em todos os ramos da medicina e da cirurgia.

Lister, o primeiro e grande apóstolo dos fecundos ensinamentos do genial sabio francez, calçou nesses moldes a antiseptia cirurgica e causára assombro a todo o mundo medico com os resultados esplendidos obtidos nas mais graves operações em velhas, infectas e condemnadas enfermarias de Glasgow.

Na clinica de Edimburgo tive as primeiras lições praticas do tratamento listeriano e nunca as esqueci desde então.

O methodo racional e scientifico ia vencendo todas as prevenções e resistencias da rotina e da descrença inherentes aos velhos habitos.

Os espiritos mais esclarecidos começavam a adoptar a nova pratica.

O eminente operador Billroth já em 1871 adoptava preceitos de antiseptia, embora sem o rigor do methodo listeriano. As esponjas que serviam nas operações e curativos eram limpas por immersão n'agua fervente e depois conservadas em frascos especiaes contendo solução phenicada, e marcados cada um destes com a indicação do dia da semana, de modo que uma esponja só podia servir depois de immersa durante sete dias na solução antiseptica.

Volkman e Schultze por esse tempo preconizavam a antiseptia, e pouco depois, em 1874, o eminente cirurgião, professor de Halle, no 3.º Congresso de cirurgia alleman, fez uma notavel conferencia sobre o tratamento anti-septico, e depois de expor sua technica e mostrar os seguros effeitos do methodo listeriano e a confiança que inspirava aos cirurgiões e operadores, registrou os brilhantes resultados obtidos em 21 mezes na sua clinica, em mais de 100 amputações

e 50 resecções, sem um só caso de pyemia ou septicemia.

Em Paris Lucas Championière, o introductor do listerismo na França, fazia desde 1871 a mais ardente propaganda do methodo anti-septico.

De regresso a Paris em Outubro de 1872 surpreendeu-me a transformação rapida da cidade maravilhosa, que um anno antes parecia fulminada pela desgraça e pelo infortunio de uma guerra violenta e atroz.

Paris resurgia mais bella e mais attrahente, e a vitalidade do grande povo manifestava-se pujante em todos os dominios da actividade humana.

Sem sahir do campo de observação a que me levavam os meus estudos, admirava Pasteur, no fastigio de sua gloria, tendo realizado sua portentosa obra scientifica, social e humanitaria, a mais fecunda de seu seculo; Claude Bernard, o investigador abalisado que tão brilhantemente illuminou o roteiro das sciencias biologicas com as luzes do methodo experimental em que foi o mais insigne dos mestres.

Na Faculdade e nos institutos superiores de ensino muitos professores eminentes illustravam e honravam o magisterio, augurando o levantamento do ensino e o progresso crescente da instrucção, que repelliam o estigma de decadencia que pretendiam lançar-lhe adversarios injustos.

Regressando á Faculdade da Bahia entrei em exercicio no cargo de oppositor, depois substituto, por decreto de 1876, até que fui nomeado cathedratico de anatomia geral e pathologica em 1882. Nesses annos coube-me por vezes, em substituição aos respectivos professores, a regencia das cadeiras de anatomia descriptiva, de partos, de pathologia externa, e por poucos

mezes a de clinica externa, onde iniciei o tratamento anti-septico segundo o methodo listeriano.

As clinicas da Faculdade de Medicina faziam-se nesse tempo no velho hospital da Misericordia, cujas pessimas condições hygienicas bem podiam comparar-se ás das enfermarias do antigo hospital de Glasgow, onde Lister fez os primeiros ensaios do seu tratamento, e aqui como lá os effeitos do methodo listeriano foram igualmente surprehendentes.

Foi o Dr. Manuel Victorino quem, assumindo em 1883 a direcção da cadeira de clinica cirurgica para a qual fôra nomeado, depois de brilhante concurso, poz em pratica, em seu serviço hospitalar, o listerismo com todas as suas regras de applicação systematica, em relação aos processos operatorios, ao methodo de tratamento, aos cuidadosmeticulosos de asepsia, do operador, dos instrumentos, do penso, de toda a rigorosa prophylaxia para evitar as causas de infecção.

Numa interessante Memoria apresentada ao 3º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia reunido na Bahia em 1890, pelo Dr. Manuel Victorino, sobre «Resultados comparativos das grandes operações praticadas em nossos hospitaes em egual periodo de tempo nas epocas pre e post-listerianas», se acham registrados os resultados admiraveis obtidos pelo tratamento listeriano em grandes operações como amputações, desarticulações, resecções, herniotomias, talhas, ligaduras de grandes vasos, ovariectomias, hysterectomias, etc, tornando então praticaveis e bem succedidas operações de alta cirurgia que até então não eram tentadas ou eram geralmente fataes.

Resumindo as estatisticas das duas epocas pre e

post-listerianas, o Dr. Manuel Victorino terminou o seu trabalho com as seguintes considerações:

«Os nossos hospitaes estavam para os serviços de cirurgia nas mesmas condições ou em peiores do que aquellas em que se achavam os velhos hospitaes europeus que suggeriram e vulgarisaram o methodo de Lister.

«As estatisticas das grandes operações com ou sem o listerismo deram mais ou menos os mesmos resultados que naquelles hospitaes produzia a cirurgia aseptica ensaiada pelos primeiros operadores que a empregaram.

«A extincção ou diminuição consideravel das septicemias, das erysipélas, das longas suppurações, foi facto igualmente provado como effeito do listerismo.

«Os casos muito mais frequentes de conservação, a notavel diminuição das amputações secundarias, a iniciativa muito bem succedida de operações até então desconhecidas, inexequiveis ou fataes para os velhos tratamentos, attestavam, como por toda a parte, os beneficios da cirurgia aseptica».

A' medida, porem, que passavam os annos as boas regras do listerismo foram deixando de ser observadas por muitos cirurgiões e operadores e o valor real da antiseptia scientifica e methodica, como a ensinava seu autor, foi e continúa sendo quasi annullado pelos exa-geros e abusos introduzidos na pratica.

Em seu methodo therapeutico e preventivo Lister tinha em vista impedir a penetração dos microbios no organismo, sem lesar porem os tecidos, compromettendo a vitalidade dos elementos, necessarios á sua defesa e á reparação dos órgãos lesados.

Numa carta dirigida a seu amigo Hector Cameron e publicada no *British Medical Journal*, diz elle: «Tratando os casos cirurgicos anti-septicamente sempre procurei evitar a acção directa das substancias anti-septicas sobre os tecidos e de accordo com as noções adquiridas tentava o objecto essencial,—impedir o desenvolvimento dos microbios nocivos na parte affectada».

Lucas Championiere que foi o introductor do methodo listeriano em França, num trabalho notavel publicado por occasião do jubileu de Lister em 1902, escreve:

«Desde o começo Lister estabeleceu um principio que muitos cirurgiões frequentemente esquecem, é—que «um anti-septico é tão nocivo aos elementos cellulares do corpo como aos microbios. A arte do cirurgião está por tanto em empregal-o em dóse sufficiente porém não excessiva.

«Alguns cirurgiões tomando o termo anti-septico num sentido muito commum julgam que desde que o anti-septico é necessario póde-se empregal-o largamente, e dahi originou-se um *deboche* antiseptico, inteiramente contrario ás lições de Lister».

No primeiro periodo da antisepsia dominava a ideia de que a infecção era produzida por germens espalhados na atmosphera, que contaminavam as feridas; e para evital-a o vaporizador de Lister cobria o campo operatorio de uma atmosphera de vapores microbicidas.

Esta pratica, porém, foi logo abandonada pelo illustre cirurgião, que, no Congresso de Berlim, dizia: «Sintome um tanto envergonhado de ter empregado o *spray* com o fim de destruir os microbios do ar».

O abuso dos antisepticos, que por sua acção toxica

ou chimica matavam menos os germens da infecção do que destruíam os elementos cellulares necessarios á de-feza e renovação dos tecidos, fez surgir em opposição ao listerismo a asepsia, que não era senão uma nova forma da prophylaxia adoptada por Lister, e cujo principio consistia em preservar as feridas da penetração dos micro-organismos productores da infecção.

Recónhecido que elles eram transmittidos pelas pessoas e objectos que cercavam os doentes, a nova prophylaxia se realisava pelo completo asseio e ex-purgo das mãos do operador, de suas vestes, dos ins-trumentos, apparatus e utensilios empregados no pro-cesso operatorio, e do penso, e de todas as peças indis-pensaveis ao tratamento, esterilizadas pelo mais pode-roso dos antisepticos, o calor da estufa ou d'agua em ebullicão.

Lawson Tait empregava a asepsia em suas grandes operações. Nada de liquidos antisepticos, nas ovario-tomias e nas laparotomias em geral. E a mortalidade de suas laparotomias era apenas de 3 a 6 por cento, emquanto a de outros cirurgiões elevava-se a dezenas com o uso dos antisepticos.

O systema operatorio como os methodos thera-peuticos tinha de soffrer as modificações indicadas pelos progressos da sciencia.

O cirurgião moderno não podia ser o mero ana-tomista de outros tempos, em que o exito operatorio dependia da maior ou menor habilidade em «serrar o duro e cortar o molle». A anatomo-physiologia dos tecidos e dos orgãos, a bacteriologia e a biologia cellular forneciam os elementos indispensaveis a uma cirurgia

científica. A antiseptia sofreu as modificações indicadas pelos novos estudos.

As investigações microscópicas que datavam do meado do século passado, pela fundação da theoria cellular de Virchow, já revelavam em seus detalhes a anatomia e a physiologia das cellulas, unidades elementares do organismo, em que se manifestavam em notavel autonomia as propriedades que caracterizam a vida.

Aos innumerables trabalhos de Goodsir de Schultze, Cohnheim, Stricker, Recklinghausen, Hertwig e outros, demonstrando os phenomenos de ameboismo e diapedese, e as variadas manifestações da vitalidade das cellulas do tecido conjunctivo e dos leucocytes, ás investigações experimentaes que enchem hoje os tratados de biologia cellular, vieram juntar-se os admiraveis estudos de bacteriologia por Metchnikoff, Ruffer e outros, desvendando a luta no organismo animal entre as cellulas e os microbes.

Referindo-me a estes admiraveis trabalhos já eu tinha a satisfação, no 3º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, em 1890, num desses momentos de gozo espiritual que nos dá a contemplação do progresso da sciencia, de registrar os resultados prodigiosos das multiphas investigações, nesta materia da maior importancia para toda a medicina e cirurgia.

«O processo da infecção, a penetração dos microorganismos atravez dos epithelios lesados, a barreira que encontram os germens pathogenos nos phagocytes que em grande numero se acham no estrato sub-mucoso, formando a vanguarda da defeza natural que protege o organismo, a proliferação das cellulas no exsudato in-

flammatório, constituindo um cordão sanitario em torno da ferida, tudo nos mostra que no organismo animal acham-se com admiravel perfeição postos em pratica os meios preventivos contra a invasão dos agentes morbi- genos; e que á medicina cumpre não embarçar sua acção, e sim auxiliar-os por todos os modos» (Discurso official no 3º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia).

A difficuldade, senão impossibilidade, de encontrar uma substancia chimica capaz de matar os germens que infeccionam os tecidos vivos, sem destruir a vitalidade das cellulas que os constituem, suggeriu a cirurgiões e operadores a ideia de substituir os antisepticos chimicos, até então empregados, por soluções physiologicas, analogas em composição ao sôro do sangue.

A loção com o anti-septico chimico em solução fraca seria inutil e até prejudicial, pois, sem matar os microbios, iria disseminal-os em extensas superficies, transportados pelo liquido ambiente, insinuando-se nos intersticios dos tecidos; a solução concentrada atacaria as cellulas proprias do tecido em suas camadas mais profundas, onde estão seus elementos de defeza e de regeneração, prejudicando a vitalidade dos leucocytos e das cellulas phagocytarias, que, pelo ameboismo e pela phagocytose, formam as trincheiras defensivas em combate aos microbios septicos, impedindo a penetração delles nas partes mais profundas.

As soluções physiologicas, longe de prejudicar, antes reforçam a acção vital, chimico-taxica e phagocytaria das cellulâs que são elementos de protecção, de defeza e de reparação do organismo animal.

Esta pratica racional e scientifica, baseada na no-

ção anatomo-physiologica da estrutura dos tecidos, é ainda uma confirmação do valor da antisepsia e dos principios estabelecidos por Lister para impedir a penetração dos micro-organismos nos tecidos humanos.

O criterio scientifico está na bôa escolha do processo e do agente antiseptico, capaz de vencer por acção directa os micro-organismos, quando possa attingil-os na phase inicial do processo morbido, ou de reforçar os elementos da linha de defeza, activando as propriedades physiologicas das cellulas que dão combate e destroem os germens da infecção.

A cirurgia moderna consegue com essa criteriosa escolha admiraveis resultados que confirmam a verdade dos principios fundamentaes da antisepsia.

A orientação scientifica da therapeutica cirurgica de accordo com as noções ministradas pela biologia cellular e pela bacteriologia não significava, como pretenderam alguns, a fallencia do listerismo; pelo contrario, confirmavam os principios estabelecidos por Lister, que em seu methodo prophylactico procurava impedir a penetração e desenvolvimento dos microbios no organismo, «sem lesar os tecidos e comprometter a vitalidade de seus elementos pela acção directa dos antisepticos sobre elles».

O abuso das lavagens antisepticas, em soluções fortes ou frequentes e abundantes foi sempre pratica condemnada; repellida por Lister, tem-no sido tambem por todos os fieis continuadores da anti-sepsia racional e scientifica que constitue o methodo listeriano.

Oscar Bloch que introduziu a anti-sepsia na Dinamarca, ao tempo em que Championière a levava á França e Volkmann á Allemanha, dizia, por occasião do

jubileu de Lister: «Cõveneci-me cedo que Hippocrates foi correcto em sua observação—que as feridas devem ser tratadas *a secco*».

Bergmann, o eminente cirurgião, professor em Berlim, nessa mesma occasião apresentou, em homenagem a Lister, notavel memoria, em que mostrava o exito admiravel do tratamento de graves lesões com destruição e perdas de tecidos, suppurações mais ou menos extensas e profundas operações de alta cirurgia como as reseções do maxillar superior e a extirpação total da larynge, enchendo as cavidades com gaze esterilizada impregnada de iodoformio.

Instruido nestas lições obtive em minha clinica excellentes resultados com o tratamento *a secco* pela gaze iodoformada e borica, alternadamente para evitar a intoxicação, em muitos casos de lesões e abcessos profundos e casos graves de empyema.

Na actual guerra européa os progressos da cirurgia inspirados nos estudos experimentaes e nos aperfeiçoamentos suggeridos pelas pesquisas anatomo-physiologicas e bacteriologicas, tem posto á prova diversos methodos de tratamento das feridas, confirmando os principios sabiamente estabelecidos por Lister.

«Desinfecção rapida e completa da ferida, depois de livre abertura, com soluções antisepticas, penso aseptico secco, tem sido minha regra de conducta, diz Tissot.

«Ha muitos annos não uso pensos antisepticos de algodão ou gaze carbolizada, iodoformada, salolisada ou de sublimado, pelos inconvenientes que acom-

panham essa applicação: erythema doloroso ao redor das feridas, escoriações consecutivas e eczema medicinal, intoxicações pelo iodoformio, etc.

«Nocivos ás cellulas animaes, impedindo o processo natural de cura e defeza organica, os antisepticos só devem ser empregados em muito estreitos limites».

Alexis Carrel, Dakin, Daufresne, Dehelly, Dumas publicaram em Outubro de 1915 os resultados de suas observações e experiencias no *Temporary Hospital* e Laboratorio de Rockefeller em Compiègne, em grande numero de feridos da guerra.

Carrel declara que o uso conveniente de um antiseptico é o methodo que na actualidade deve ser universalmente seguido.

Todas as feridas devidas a bombas, minas e granadas são infectadas: affirmam-no os resultados dos exames bacteriologicos, que, quando feitos ainda cedo, dentro de 6 horas da data do ferimento, mostravam em todos os casos a presença de micro-organismos aerobios e anerobios.

O exame bacteriologico revelava outros factos de importancia: 1º que os microbios no primeiro periodo após a lesão apresentam-se em pequeno numero, pois num preparado em *frottis* era preciso examinar muitos campos microscopicos antes de encontrar um micro-organismo; 2º que elles eram principalmente localisados ao redor do projectil ou de fragmentos deste ou de roupas, não tendo ainda tempo de espalhar-se pela ferida. Num *frottis* examinado 24 horas depois do ferimento ou mais tarde, o aspecto era muito diferente, os microorganismos eram tão numerosos que muitas vezes

não se podiam contar e achavam-se em *frottis* de qualquer parte da ferida.

A bacteriologia, o exame clinico e o senso commum, diz Carrel, combinam-se para justificar a opinião, — que durante as primeiras, poucas horas, é facil limpar uma ferida dos microbios, mas isto se torna de mais em mais difficil, se deixar-se-lhes o tempo de multiplicar-se, espalhar-se na superficie da ferida e infiltrar suas paredes.

Carrel repelle a ideia de que os anti-septicos sejam inuteis. Admitte que se tem abusado delles, que tenham sido mal escolhidos e mal applicados. A solução de hypochlorito de sodio, 0,5 a 0,6 por cento, recommendada por Dakin, preenche bem as indicações de anti-sepsia, não é irritante, embora applicada á pelle ou aos tecidos durante algumas semanas.

Para Carrel não é somente á escolha do antiseptico que se deve attender, mas tambem á maneira por que elle deve ser applicado. Seu modo de emprego deve ser determinado por suas propriedades chemicas e biologicas. A experiencia tem mostrado que para obter a esterilisação de uma ferida é preciso estabelecer um contacto intimo entre a substancia germicida e os microbios; é necessaria certa duração deste contacto e os detalhes de technica devem ser regulados conforme a acção da substancia sobre os microbios e os tecidos vivos. Este contacto é tanto mais difficil de obter quanto mais profunda e anfractuosa é a ferida; mas o contacto se realisa pela preparação conveniente da ferida para a penetração da substancia germicida e adducção e evacuação do liquido, de modo que a humedeça em todas as suas partes.

O systema do tratamento de Carrel é, como elle proprio o diz, uma applicação do listerismo:—«a technica que lhe permittia melhorar assim o tratamento das feridas de guerra é fundada sobre principios que estão longe de ser novos, pois que vieram de Lister.

«A technica mesmo não é original, é a systematisação de processos conhecidos produzindo resultados novos».

Numa sessão da *Société de Chirurgie*, Tuffier qualificou este tratamento de «methodo antiseptico cuja efficacia e innocuidade se pode proclamar».

«Elle combate a infecção, activando a defeza do organismo, e promove a destruição dos germens pathogenos por uma anti-sépsia bem dirigida, innocua e efficaz, experimentalmente demonstrada».

Quenu foi a Compiègne visitar as clinicas em que era applicado o methodo de Carrel e declarou ter ficado impressionado pelos resultados que observou e que cábiam certamente ao activo desse methodo.

Seu relatorio registra uma serie de 121 feridos que observou, tratados numa ambulancia por esse methodo, com lesões graves e extensas, tendo apenas um caso de morte, e tendo todos os mais de curas rapidas, entre 6 a 10 dias e na maioria de 8 a 15 dias de tratamento.

O methodo de Carrel, diz Quenu, consistia no desbridamento largo das feridas, extracção dos corpos extranhos e esquirolas livres, banhar largamente a superficie da ferida com o liquido de Dakin, depois continuar a esterilisação ou pelo menos a limpeza chimica, renovando incessantemente a desinfeção da ferida pelo penso antiseptico.

Pozzi, depois de felicitar a Quenu por ter estudado

esse methodo em Compiègne e verificado seus felizes resultados, acrescenta: «Emfim parece ter chegado a hora de reparar a verdadeira injustiça commettida para um methodo que tinha em vão ha longos mezes feito suas provas, e que é certamente destinado a salvar para o futuro, como já o tem feito, grande numero de feridos, e diminuir quasi sempre a gravidade das mutilações e das enfermidades».

Estudando a influencia dos antisepticos sobre a actividade dos leucocytos, e sobre a cura das feridas, o Dr. J. C. Bond, membro da commissão de investigações medicas em hospitaes militares inglezes, procurou estudar a reacção das feridas ao tratamento, os effectos dos varios reagentes antisepticos sobre a emigração dos leucocytos, a phagocytose e a immigração de retorno, e verificou que os antisepticos, em gráo moderado de concentração, exercem pouca influencia sobre a emigração e a phagocytose, mas tem consideravel influencia inhibitoria sobre a immigração de retorno dos phagocytos vivos. Estes phagocytos transportam constantemente micro-organismos da superficie dos tecidos que formam as paredes de uma ferida, e não deixa de ser perigosa qualquer influencia contraria á acção destas cellulas carregadas em seu regresso dos microbios ingeridos que ellas retêm e digerem em seu protoplasma. «Deste modo, diz Bond, as soluções anti-septicas obram prejudicialmente quando empregadas continuamente ou muito concentradas.»

A immigração de retorno dos leucocytos já havia sido demonstrada por Metchnikoff, quando estas cellulas, tendo emigrado para a cavidade peritoneal, para repellir

uma invasão bacteriana, voltavam de novo em grande numero á circulação geral.

Macullum já havia também verificado que os leucocytos que migram para o canal intestinal durante a digestão voltam para o systema circulatorio portal.

Sir Almroth Wright fez também interessantes experiencias no Laboratorio de investigações annexo ao Hospital Geral n. 15 em *Boulogne sur mer*. Estudou as condições especiaes em que se acham os microbios *in vivo*, envolvidos em liquidos albuminosos, nas cavidades e recessos das feridas e nas paredes infiltradas ou granuladas, onde escapam á destruição pela inefficacia bactericida do anti-septico, empregado em pequena dóse, em virtude de suas propriedades toxicas e escharoticas, e pela insufficiencia de sua força penetrante para tornar efficaz a esterilisação da ferida com a destruição dos microbios protegidos pelo envolvero albuminoso.

Com estudos minuciosos Wright estabelece a preferencia das soluções salinas hypertonicas. Em larga serie de exames microscopicos e bacteriologicos mostra que as feridas limpas e tratadas por estas soluções dentro de poucas horas cobrem-se de uma pellicule constituída por leucocytos, muitos polynucleares, que são levados por um movimento chimiotactico para a superficie da ferida, apprehendendo e destruindo os microbios que encontram em sua passagem.

Almroth Wright conclue suas repetidas investigações pela preferencia ao tratamento das feridas pelo methodo physiologico, que se funda na abertura e drenagem para dar sahida aos excretos e pôr em actividade os poderes bactericidas do sangue e da lympha, promovendo pela acção da solução salina physiologica a

emigração dos leucocytos e reforçando estes elementos na luta contra os germens infecciosos.

Estes estudos e observações são a condemnação positiva das praticas abusivas da anti-sepsia chimica, que desconhecendo a anatomia dos tecidos, os elementos de sua estructura e a natureza dos processos physio-pathologicos, sacrifica os meios de defeza do organismo ás applicações inadequadas e intervenções inopportunas, que perturbam a marcha salutar dos processos normaes da cura.

Esquecem o sabio preceito de Hipocrates:—*Medicus naturæ minister.*

E' nas especialidades de gynecologia e obstetricia que mais frequentes e nocivos são os abusos da anti-sepsia.

As lavagens anti-septicas vaginaes e intra-uterinas, frequentes e abundantes, são ainda praticadas no estado puerperal, embora esta pratica abusiva e erronea tenha sido ha muito condemnada pelos melhores gynecologistas e parteiros.

Contra-indicam esta pratica as noções já conhecidas sobre a estructura da mucosa uterina, sua disposição anatomica, suas condições histo-physiologicas e as modificações profundas que ella soffre durante a gravidez, o parto e o puerperio. Quando no delivramento se destacam as camadas superficiaes do endometrio, ficam as camadas profundas adherentes á tunica muscular, garantindo a regeneração da mucosa pelas cellulas geradoras que formam o estrato profundo do epithelio e servem á renovação do tecido. E' indispensavel poupar

estes elementos á acção destruidora dos anti-septicos chimicos ou da cureta.

Na face interna do útero, depois da expulsão da placenta vê-se a mucosa sangrenta crivada de orificios vasculares, sobretudo na área placentar. Os vasos arteriaes e venosos que se abrem nesses orificios vasculares rotos, comprimidos pela retracção uterina, começam a obliterar-se pela coagulação do sangue que lentamente vae formando o thrombus. A organização do thrombus, mostra-o a anatomia pathologica, não é completa antes do oitavo dia do puerpério. A regeneração do epithelio da mucosa uterina, sua *restitutio ad integrum* não termina antes de seis semanas.

Esta regeneração das cellulas das camadas superficiaes da mucosa faz-se á custa da proliferação cellular das camadas profundas ou geradoras, e são estas cellulas epitheliaes que constituem a primeira barreira á penetração dos germens que podem levar a infecção ao organismo.

Compreende-se pois a necessidade de respeitar quanto possivel a vitalidade destes elementos, evitando sua mortificação ou necrose pela acção chimica ou toxica dos anti-septicos em lavagens intra-uterinas, e evitar igualmente que ellas por sua acção mechanica possam impedir a formação dos coagulos que obturam as extremidades vasculares abertas na superficie da mucosa, arrastando os thrombos no começo de sua formação e deixando assim franca entrada a quaesquer elementos septicos que possam penetrar do exterior.

Destruidas estas camadas dos elementos de protecção e de defeza da mucosa, ficam francas as communicações com a sub-mucosa e a rede de tecido conjun-

ctivo com seus interstícios e lacunas que são as raízes iniciais do systema lymphatico, e estas ficam francas para absorver e transportar á circulação qualquer elemento infeccioso levado do exterior; do exterior sim, porque a cavidade uterina é normalmente aseptica, o sôro do sangue é aseptico e bactericida, e portanto a lavagem cavitaria que naturalmente se faz com a perda sanguinea do delivramento preserva melhor da infecção do que a injeccão ou lavagem por intervenção externa.

Esta intervenção não tem justificação scientifica quando a placenta é expellida espontaneamente, completa, sem que qualquer retalho da membrana possa por sua decomposição produzir uma sapremia.

Todo o processo operatorio, racional, scientifico, baseado nas noções anatomo e physio-pathologicas, deve respeitar os meios de defesas do organismo, não destruir as barreiras que nas mucosas e sub-mucosas se oppõem á penetração dos micro-organismos septicos, prejudicando pela acção chimica ou toxica dos anti-septicos a vitalidade dos leucocytos, das cellulas phagocytarias, que pelo amebismo, pela phagocytose, pela diapedese são agentes de combate contra os germens infecciosos; mais efficazes do que esses outros agentes anti-septicos de uma acção muito problematica e muitas vezes nociva.

A acção directa dos anti-septicos sobre os micro-organismos septicos não pode attingil-os effizamente sem lesar profundamente as cellulas do tecido uterino e os elementos de defeza que nelle se organisam durante o processo morbido.

Os estudos histo-pathologicos de Baumm e Doderlein mostram que muitos dos micro-organismos ficam

acamados entre as cellulas na mucosa; mas abaixo desta forma-se uma densa camada de infiltração celular, constituindo uma trincheira que impede aos organismos septicos uma invasão mais profunda, sendo, portanto, de grande importancia a conservação desta muralha de defeza.

Na pratica da anti-sepsia deve o clinico ter especialmente em consideração a natureza do tecido em que é applicada. Nas feridas e lesões traumaticas da superficie dos membros e do corpo a applicação de antisepticos fortes, as soluções concentradas de iodo ou de acido phenico podem destruir germens infecciosos que porventura ahi existam e embora destruindo tambem grande numero de cellulas, não affectam senão camadas da epiderme bastante espessas e resistentes para supportar o traumatismo chimico, sem a lesão das camadas cellulares subjacentes, onde se acham os elementos que constituem a primeira linha da defeza organica.

Nos tecidos e cavidades revestidos pelas mucosas e serosas, a destruição por meios mechanicos ou chimicos numa area mais ou menos extensa das cellulas epitheliaes ou endotheliaes, que forram estas cavidades, abre as portas á infecção destruindo a barreira de defeza e facilitando a transmigração dos micro-organismos pathogenos e sua passagem para a rêde lymphatica submucosa ou sub-serosa, alem de predispor a adherencias sub-sequentes nas paredes do órgão.

São portanto evidentemente contra-indicados todos os agentes therapeuticos que paralysam esta reacção salutar promovida pela acção physiologica das cellulas moveis ou lymphaticas ou retardam sua mobilisação em defeza dos pontos atacados como acontece

com a maceração e infiltração dos tecidos, nos casos de irrigações frequentes e prolongadas nas cavidades organicas.

Os elementos de protecção e defesa do utero, que devemos cuidadosamente respeitar, estão perfeitamente organizados nas tres redes lymphaticas, a mucosa, a muscular e a serosa, cuja trama comprehende toda a viscera e communica com a rede sub-peritoneal, donde partem os collectores que convergem para as partes lateraes do corpo do utero, e communicam-se com as rêdes lymphaticas juxta-cervicaes muito desenvolvidas nas mulheres gravidas. Os lymphaticos da vagina, anastomosando-se em cima com os do collo uterino, em baixo com os da vulva, e atraz com os lymphaticos do recto, estabelecem assim uma communicação extensa entre estes diversos órgãos, que nos explicam as differentes origens da infecção que pode complicar o estado puerperal.

Qualquer intervenção no estado puerperal deve ter em maxima consideração todas estas condições anatomo-physiologicas do aparelho sexual feminino e sua susceptibilidade morbida nesse estado.

Numa lição magistral sobre o tratamento intra-uterino (Volkman's Sammlung) dizia Spiegelberg, o eminente gynecologista, professor em Breslan: «Só num caso não faço a dilatação do collo do utero: nos primeiros dias do puerperio: ahi a cavidade uterina é sufficientemente pervia, e se não o fôr, não se deve comtudo exercer nenhum insulto mecanico do collo, pois poderia provocar uma inflammção para—uterina».

O estudo anatomo-physiologico do processo morbido mostra a via de transmissão dos germens infecciosos pelos lymphaticos, quando, lesadas as camadas

protectoras do epithelio da mucosa vulvar ou vaginal, ou a epidermie das partes sexuaes externas, abre-se uma porta á infecção pela entrada dos germens que, penetrando pelas rádículas lymphaticas, propagam-se até os ganglios, determinando a lymphangite e lymphadenite, característica destes processos pathologicos, em que é notavel a reacção dos leucocytyos aggregando-se pelo ameboismo e pela diapedese, em torno da rede lymphatica invadida, para defendel-a da aggressão extranha e nociva.

Pelas razões expostas sou absolutamente contrario ás intervenções uterinas no estado puerperal quando possam traumatizar o orgão ou facilitar a infecção.

Carl Braun, o celebre gynecologista, professor de partos de Vienna, de quem fui discipulo por tres semestres, em 1872 e 1879, dizia que ha gynecologistas e parteiros que tratam o utero como se fosse um sacco de couro, — *behandeln die Gebärmutter wie ein Ledersack*.

Nos casos de aborto com retenção da placenta abstenho-me da intervenção precoce pelo descollamento digital forçado ou pela curetagem.

A applicação de um tampão de gaze na vagina, com todos os cuidados de asepsia, renovado diariamente, basta de ordinario para conseguir o descollamento e a expulsão no fim de alguns dias. Tenho tido casos em que ella faz-se no fim de 2 a 10 dias, sem indicio algum de infecção. Se é absolutamente necessaria a intervenção pela cureta, faz-se no fim deste periodo de tratamento em condições mais favoraveis, pela simples cureta romba, porque na mucosa uterina já se acha então preparada a defeza organica contra a penetração dos germens.

Quer nos partos, quer nos abortos, faço apenas no primeiro dia uma injeção anti-septica branda, como lavagem de limpeza ou asseio quando ha coagulos ou detritos placentares na vagina. Prefiro sempre o tratamento a secco, com a limpeza e asseio constante das partes genitales externas e da vulva.

Insisto na impugnação á pratica abusiva e erronea das injeções utero-vaginaes porque não é raro ver ainda alguns clinicos aconselharem o emprego das irrigações frequentes e abundantes no parto e no puerperio e reputando mesmo um recurso salvador as injeções vaginaes e intra-uterinas da solução de bichloreto de hydrargyrio.

Esta pratica, entretanto, já é de muitos annos condemnada pela maioria dos gynecologistas e parteiros.

Schrader reprovava as irrigações do utero e da vagina no parto e no puerperio normal.

(Volkmanu Klin. Vorträge).

Leopold e Goldberg (1892), da clinica obstetrica de Dresda, affirmavam que nos partos normaes as lavagens vaginaes desinfectantes são mais nocivas do do que uteis (Deutsche med. Wochenschrift).

Veit enunciava-se do mesmo modo.

Winter (Berlin klin Wochensch.) diz que no Poliklinikum de Berlim as irrigações intra-uterinas como meio prophylactico eram inteiramente sem valor.

Merman (Centralblatt f. Gyn. 1887) cita 1300 casos na clinica de Mannheim, sem um só caso fatal de infecção, sem nemhum lavagem antiseptica utero-vaginal. Para elle as irrigações vaginaes são inefficazes para uma completa asepsia e expoem facilmente a uma infecção.

Baïsçh (Archiv f. Gyn.) publica uma estatística

de 1000 casos de partos, sendo 500 com lavagens vaginaes anti-septicas e 500 sem ellas.

Na primeira serie foram mais numerosos os casos de febre.

Baumm (Archiv. f. Gyn.) publicando uma estatistica de cinco annos de serviço obstetrico, conclue que o asseio mechanico é o mais efficaz e de mais confiança de todos os processos de desinfeccão.

A desinfeccão das partes sexuaes externas é a mais conveniente. Preiser (1889) publicando uma contribuição clinica á questão da origem e prophylaxia das febres puerperaes, apresenta a estatistica de 2601 casos de partos na clinica de Mannheim, com 230 casos de febre no puerperio, com a mortalidade geral de 0,55 por cento.

De septicemia foram apenas 2 casos, isto é 0,073 por cento.

Nenhuma lavagem anti-septica, de qualquer especie, se fazia nessa clinica, antes, nem durante o parto, nem no puerperio.

Em relação ás injecções de solução de sublimado Thorn (1885—Samm. klin. Vorträge) qualificava-as de *perigoso emprego*.

Maürer, Elsässer, Winter, Mynlieff citam casos de intoxicação pelo sublimado em injecções utero-vaginaes. Stadtfeldt e Dahl citam casos fataes de envenenamento pelas injecções intra-uterinas de sublimado.

Wallich diz em sua obra «Elementos de Obstetricia»: «Este anti-septico é poderoso, mas é preciso saber bem manejar-o. Só é verdadeiramente util na dose de 1:1000. Ora, nesta dose, excellente para o uso externo, as mãos, as partes externas, é perigoso na vagina e no utero. É preciso não exceder para as injecções vaginaes

a dose de 1:4000. Para as injeções intra-uterinas é melhor não empregal-o. Tarnier, depois de ter-se servido delle em doses fracas, acabou renunciando-o por causa dos accidentes de intoxicação. Sabe-se que estes podem ser muito graves, e produzir até a morte».

Lewis Mc. Murtrey (*Treatment of puerperal sepsis*, Brit. Med. Journal, Nov. 3. 1906) diz:

«A inefficacia das soluções de bichlorureto de mercurio e de acido carbólico têm sido tão amplamente demonstrada clinicamente, sem fallar de seus conhecidos efeitos toxicos, que ellas devem ser completamente eliminadas do tratamento intra-uterino.

«As experiencias de Bumm teem mostrado que os organismos infectantes penetram nos tecidos com grande rapidez e nas infecções puerperaes de typo mais virulento entram no tecido uterino alem do alcance das injeções de bichloreto, ou da cureta, quando o calefrio inicial marca o começo da infecção».

Murtry, indicando nestas bases scientificas o systema moderno da pratica obstetrica, apoia-se nos trabalhos de Bumm, Winkel, Recklinghausen, Waldeyer, Bar, Krönig, Doderlein e outros cujos nomes são familiares a todos os que estudam estas materias.

Goodall (Canadian Medical Association Journal, Julho 1914) reuniu dezeseis casos de peritonite chimica consecutiva a injeções intra-uterinas.

Em experiencias no cadaver, Goodall injectou na cavidade uterina, azul de metyleno com a canula de injeção, imitando o mais possivel a technica do processo operatorio.

Com a pressão de dois pés somente de elevação do irrigador, e em alguns casos apenas dezoito pollegadas,

e interrompendo por momentos a saída do liquido pela oclusão do tubo de descarga, como frequentemente acontece pela obstrucção por coelhos e detritos de tecidos, o liquido da injeccção por vezes penetrava na cavidade peritoneal atravez da trompa de Fallopio.

«Dahi, diz Goodall, o risco da peritonite chimica, para não fallar da contaminação septica peritoneal».

Norman Porritt (Brit. Med. Journal, Maio 20, 1915) refere um caso em que fazendo uma injeccção intra-uterina, a paciente foi immediatamente atacada de forte dor abdominal, seguida de collapso e morte cinco horas depois.

Conheço caso identico occorrido aqui na Bahia ha alguns annos, na clinica de conhecido parteiro.

Porritt emprega nas septicemias puerperaes a sucção e a drenagem, tratamento mais racional do que as injeccções intra-uterinas.

Pela aspiração por meio de uma seringa e um catheter appropriado consegue remover do utero detritos e restos de placenta, «obviando assim a necessidade da fatal curêta e da perigosa exploração digital do utero».

O fim principal da prophylaxia é impedir que do exterior penetrem os germens de infecção no canal cervical ou na cavidade uterina que são normalmente asepticos.

As investigações bacteriologicas mostram nos casos de septicemia puerperal entre os agentes da infecção staphylococcus, streptococcus, bacillos coli e até gonococcus.

Em diversos casos de minha clinica verifiquei que a infecção gonococcica era a causa do estado inflam-

matorio, propagando-se pelo utero e pelos annexos no estado puerperal.

Em outros casos a infecção provinha de uma colibacillose preexistente. Não é raro que a contaminação se faça pelas fezes quando ha feridas, erosões ou exco-rições na vulva ou na porção inferior da vagina, ou ruptura do perinéu, sem rigorosos cuidados de asepsia.

Em muitos casos, porém, de febre puerperal, a via de infecção não é a mucosa utero-vaginal.

Olshausen chamava a attenção dos praticos para muitos casos de para e peri-metrite no puerperio, dependentes de causas diversas da septicemia puerperal.

No estado puerperal as infecções de origem intestinal são muito frequentes.

Em 1905 a *British Medical Association* abriu um inquerito sobre as pyrexias no puerperio e suas causas. Pelas estatísticas de 29 hospitaes e maternidades que responderam aos quesitos, verificou-se que a mortalidade em 36,8 por cento dos casos observados foi por infecção de origem intestinal, em que o colli-bacillus foi o principal factor pathogenico; em 24 por cento foi de origem uterina ou vaginal. Gabel e Gebhard (1897) já observavam que o *bacterium colli* tem um papel importante nas infecções puerperaes.

A passagem do bacillus colli para as vias urinarias tem sido demonstrada em muitos casos. Leslie, Gaster, Box e outros mostram que ella se faz por via lymphatica e que é uma consequencia da colite mucosa e das perturbações intestinaes.

No *Journal of Pathology and Bacteriology* (1900, n.º 3) no *Journal of the American Medical Association*, (Abril 12, 1902) Lattiga, na *Lancet* (13 de Agosto

de 1906). Dr. Chill, no *British Medical Journal* (4 de Fevereiro de 1911) Dr. Fink, mostram o papel do bacillus coli em muitos casos de infecção puerperal. A grande pressão produzida pela cabeça do feto na cavidade pelvica durante o parto sobre os orgãos collocados entre as superficies osseas fetaes e maternas pôde produzir uma solução de continuidade nas membranas mucosas e dar passagem aos germens pathogenos.

O bacillus coli, que se encontra associado a muitos processos pathologicos importantes, pôde atravessar a parede do intestino onde houve ligeira lesão, mesmo sem perfuração, produzindo a peritonite, a cystite ou a febre puerperal (Fink).

«No primeiro periodo destas molestias as toxinas são responsaveis pelos symptomas da reacção do organismo para eliminá-las, e mais tarde é um estado de verdadeira febre puerperal que se manifesta».

Um outro abuso, que tenho observado na clinica, embora menos perigoso, porem não menos prejudicial, e que já tornou-se um uso vulgar, é o das lavagens intestinaes abundantes e frequentes. Ha individuos que fazem diariamente injeccões intestinaes de 1, 2 e 3 litros, repetindo-as uma ou mais vezes quando a primeira não produz o effeito desejado.

E' uma pratica condemnavel que agrava o mal que se pretende combater, a atonia e dilatação intestinal.

As experiencias de Hamilton Drummond, de Rutherford, Morison e outros com soluções contendo bismutho, injectadas vagarosa e rythmicamente, provam

que estas injeccões com um litro a 1200 grammas alcançam o cœcum em 10 minutos ou menos. Em casos de fistulas cecaes os liquidos menos consistentes, como a mistura de leite esterilizado e agua, injectados pelo recto, sahiam pela fistula em 4 a 6 minutos.

Elliot, Camon, Hertz, Barclay, Smith, praticando experiencias identicas, confirmam os mesmos resultados. Em individuos operados de enterostomia com fistula stercoral a mais de 7 pollegadas acima da valvula ileo-cecal, verificava-se a sahida pela fistula do liquido injectado pelo recto.

Cameron e Grayton demonstram experimentalmente, em animaes como o gato, que sob forte pressão uma solução contendo carvão em pó injectada pelo recto vae até o estomago.

A valvula ileo-cecal destinada a oppor uma barreira ao refluxo das materias solidas e liquidas que passam do intestino delgado para o cœcum e grosso intestino, é insufficiente contra a distensão e impulsão exercida por injeccões intestinaes ou pela força da pressão ou pela quantidade do liquido injectado.

Johannesco e Charpy, em 23 individuos que examinaram, verificaram por experiencias com injeccões d'agua pelo intestino que a valvula era sufficiente em 5 casos, manifestamente insufficiente em 13 casos, e ligeiramente insufficiente em 5 casos.

O grosso intestino não pôde reagir promptamente contra a distensão produzida pelo liquido injectado. Sua estructura é propria para fazer progredir massas solidas ou semi-solidas, e sua fixidez relativa não o torna apto como o intestino delgado ao movimento e pro-

gressão das massas liquidas, que neste percorrem o seu curso.

Compreende-se pois que não é sem inconveniente fazer refluir para o cœcum e o intestino delgado as fézes e residuos accumulados no recto e no grosso intestino, diluidos em grande massa liquida, impellida pela força injectora, que facilita sua absorpção, espalhando-a na extensa superficie da mucosa intestinal onde as cellulas e vasos absorventes estão promptos a recebê-los com os elementos de infecção que elles possam arrastar.

O emprego das lavagens intestinaes não pode portanto ser entregue ao uso e abuso que já o tornou uma pratica vulgar, que deve ser condemnada pelos clinicos.

Nestas ligeiras reminiscencias de quasi meio seculo de vida profissional, persiste intensa a impressão dos primeiros annos, em que tive a feliz oportunidade de apreciar as lições e a pratica de Lister, o grande mestre, creador da anti-sepsia, e estudar e observar os principios e as regras do listerismo scientifico e methodico, o invento de maior valor e alcance para a prophylaxia e therapeutica cirurgica.

Era um dever prestar-lhe a minha homenagem neste momento em que, embora de relance, revejo a influencia benefica, fecunda dos mais brilhantes resultados que elle exerceu em todos os dominios da cirurgia, e defendel-o contra a má interpretação da theoria, os abusos e exageros da pratica que teem desvirtuado sua

efficiencia pela insciencia ou omissão dos preceitos que regulam suas indicações e seus processos.

Relevem-me os collegas que, tratando de abusos da therapeutica e da cirurgia tenha eu abusado tambem, roubando-lhes a attenção e o espaço, que seriam mais bem empregados em outros trabalhos de valor, que não faltarão para illustrar este numero commemorativo da data jubilar da «Gazeta Medica».

Junho de 1916.

PACIFICO PEREIRA



REGISTRO HONROSO

Entre as distincções que recebeu a Gazeta Medica da Bahia no percurso de sua existencia merecem ser rememorados os premios que lhe foram conferidos pela Exposição Universal Colombiana realizada em Chicago no anno de 1893, e pela Exposição Nacional de 1908 no Rio de Janeiro.

O premio da Exposição Colombiana consistiu em bella medalha artistica com gravuras expressivas e honrosos dizeres, acompanhada de um diploma em papel pergaminho, symbolico do grande certamen com que a Norte America celebrou o 4.º centenario do desembarque de Colombo em terras americanas.

A medalha, de bronze, contida em bonita caixa de amiantho forrada de velludo, traz em uma face a figura legendaria de Christovão Colombo e inscreve esta data:—12 de Outubro de 1892.

Na outra face leem-se os seguintes dizeres:

*Exposição Universal Colombiana em commemo-
ração do 4.º centenario do desembarque de Christovam
Colombo -1492—1892 —A' Gazeta Medica da Bahia.*

O diploma insere entre as allegorias symbolicas da data commemorada e do concurso civilizador com que a glorificou o genio operoso da grande nação americana, estes eloquentes conceitos:

Gazeta Medica da Bahia. 2.º jornal em idade da Bahia. Premiada em Chicago na exposição de 1892 pela sua importancia, excellencia e interesse scientifico.

Departamento das artes liberaes—UNICO PREMIO da Bahia por motivo scientifico.

Unico orgão da imprensa bahiana premiado.

A Exposição Nacional de 1908 conferiu á Gazeta Medica da Bahia o GRANDE PREMIO.

O diploma tem os seguintes dizeres:

Estados Unidos do Brasil. Exposição Universal de 1908, em commemoração do 1.º centenario da abertura dos portos do Brasil ao commercio internacional. O Jury superior conferiu o GRANDE PREMIO á Gazeta Medica da Bahia.

ANTONIO OLYNTHO DOS SANTOS PIRES

Presidente

CANDIDO MENDES DE ALMEIDA

Secretario Geral
