

GAZETA MEDICA DA BAHIA

Vol. L

Novembro --1918

N. 5



JAYME DE CARVALHO, que, em pleno vigor, vem de ser victimado pela gripe, em Pelotas, no Rio Grande do Sul, era um nome ainda palpitante em nosso meio, muito embora d'elle afastado ha mais de cinco annos.

Filho de considerada e illustre familia bahiana, aqui se fez, sem vacillações, numa recta entre intelligente dedicacão aos estudos e inexcedivel nobreza de trato social; dessa diz bem o grande e fraternal affecto que o ligava aos companheiros de turma, daquella fala melhor a rara distincção dos seus mestres.

Diplomado em Pharmacia, exerceu os internatos da Santa Casa e da 2.ª cadeira de Clinica Cirurgica, foi auxiliar da Clinica Civil do eminente Prof. Antonio Borja, doutourando se em 1911, após brilhante defesa de sua these "Das fraturas da diaphyse do femur sem complicação de ferida", approvada com distincção.

Residia em Pelotas, onde os seus predicados de eleição lhe asseguravam um largo e promissor futuro.

Prestando esta muito sincera e devida homenagem a Jayme de Carvalho, expressamos o nosso profundo sentir á sua muito digna Familia na pessoa de seu illustre pae, Sr. Coronel João Lopes de Carvalho, e do seu sogro, nosso assignante e dedicado amigo Dr. Berchon des Essarts, este duplamente ferido com o fallecimento de sua estremeçada filha, a Exma. Sra. D. Vera Berchon de Carvalho, dilecta esposa do infortunado patrio e o grande amigo que ora pranteamos.

GAZETA MEDICA DA BAHIA

Vol. L

Novembro—1918

N. 5

Da uricemia e seu tratamento pelas injeções intravenosas de iodureto de lithio

*(Communicaçãõ á Sociedade Medica dos Hos-
pitaes da Bahia,
em Sessão de 15 de Setembro de 1918)*

PELO DR. MAXIMILIANO MACHADO.

Os accidentes ou phenomenos da “acidose” resultantes do accumulou ou retenção do acido urico no sangue, que se me têm deparado em clinica, pela sua multiplicidade de formas com que se apresentam e frequencia mesma, entre nós, têm me provocado o interesse de investigar nova therapeutica no sentido de lhes estorvar a evoluçãõ, por processo mais rapido ou prompto que os meios usados correntemente.

E como tenha experimentado algumas substancias, de accordo com os conhecimentos actuaes, (injeções de iodureto de sodio, de assucar, serun glycosado, em varios grãos de dissoluçãõ, de bicarbonato de sodio etc.) e encontrado uma, que, melhor do que as outras, se tem mostrado de acção em todas as modalidades da “uricemia”, aqui me tendes a vol-o communicar

Sabem todos que a acção irritante e nociva do acido urico—*materies morbi*, retido no sangue, se propaga a todo o organismo entravando funcções, gerando males, perturbando o bom funcionamento e quiçá a vida.

Nenhum organ systema ou aparelho escapa á sua acção.

Pelle, serosas, sorosas, musculos, vasos, coração, figado, rins, estomago, intestinos, etc., são constantemente atacados, já no seu elemento nobre, já no seu mechanismo functional intimo e de conexão, gerando estados doentios os mais variados que passam, a mór parte das vezes, despercebidos ao clinico, no referente á sua causa; tal é a *uricemia*, viciação do organismo, cuja syndrome, sem physionomia pathognomica em seus assaltos interiores, apenas, como effeito, se denunciando em suas exteriorisações (eccsemas, urticarias, pruridos, areias, nodulos, calculos, trophus), velada, sem signal, objectivo de vulto pelo qual se torne conhecida, como outras entidades de feição propria, torna-se dest'arte de evolução facil por se lhe não poder dar combate ou embaraçar desde o começo o progredimento.

De facto, deante de uma dyspepsia, de uma anemia, bronchite, conjunctivite; de perturbações nervosas funcçionaes (migraines, nevralgias, sensações de vertigens, tremores) de um accesso de asthma, de uma hypertensão arterial, de um *ictus* ou insulto para o cerebro, para os rins, ou figado,

quem pode lobrigar a "uricemia" como factor dessas desordens ou elemento perturbador da harmonia inter-organica?

Quem deparando-se-lhe uma syndrome myocárdica traduzida por disturbios do rythmo, dyspnéa, perturbações respiratorias e do pulso, reconhece logo o *coração uricemico* de Huchard?

No mesmo caso os phenomenos de *angor*, as syndromes bulbares e cerebraes outras, as perturbações da irrigação inter-cerebral e visceral para cuja genese podem concorrer muitas causas, quem pode atinar com a uricemia como responsavel por taes desordens?

Difficil, parece; mas se pedirmos o auxilio do laboratorio ou da chimica em sua constante e valiosa cooperação á clinica, a ethio-pathogenia surge clara com a revelação da presença do acido urico no sangue, factor primordial do quadro, já affastadas outras hypotheses.

Assim, de uma nevralgia de causa obscura e que a nada cede; de uma dyspepsia cuja therapeutica já se acha exgottada; de uma hypertensão persistente; de uma dermatose, até então de causa desconhecida, descobre-se logo a origem—a uricemia.

Um mundo de doenças outras, do vasto grupo do arthritismo e neuro-arthritismo, depende dessa causa, desse mesmo acido urico.

Muitas syndromes articulares ("podagra", "gonagra", e "chiragra" descriptas pelos antigos e

a que Seneca dava como mãe a meza, pae o vinho e por nutriz Venus; nodulos e trophus subcutaneos; areias, calculos; eccsemas, erythemas e erupções dermicas variadas especialmente vesiculosas, acneicas, psorisiformes, têm a sua causa nessa anomalia das trocas nutritivas—a *uricemia*. Vê-se, pois, que um rôr de doenças tem como elemento responsavel esse agente chimico, em seu desvio, accumulado no organismo. Agora, perguntar-me-ão: donde provem esse desequilibrio na funcção normal do acido urico ?

A resposta não é facil, pois as theorias sobre esse desequilibrio do trabalho organico do do acido lithico (nome dado por seu descobridor Scheele) com a phase nova dos "hormonios" porque passa a medicina em substituição ao largo dominio do "microbismo" em que, para cada doença, havia um germen responsavel, as theorias, repito, se chocam e não nos adeantam descutil-as.

Contentemo-nos em saber que há excesso de producção e falta de eliminacção correlata, gerando a acidose; agora si por deficiência da solubilisação ou por carencia de fermentos nucleasicos fornecidos pelo figado e auxiliado pelo pancreas e capsulas suprarenaes na sua funcção uricopoiética e uricolítica em levar ao ultimo termo os azotatos, só com o evoluir da sciencia poder-se-á responder com segurança, pois não se sabem ainda bem os phenomenos que se passam no recondito ou profundezas do organismo.

Com essa mesma syndrome factos curiosos se tem observado:

Na leucocythemia, por exemplo, tem se encontrado quantidade de vulto de acido urico no sangue (6 grammas por litro) como em outras molestias onde há hyperleucocytose com grande destruição nuclear sem, por esse facto, produzir phenomenos verificados na *uricemia pura*, em quantidade ás vezes muitissimo inferior v.g. 0,50.

No entanto, diz-nos a nova sciencia que o meio acido "acidose" não permite a vida animal, nem vegetal, que só um meio alcalino ou pelo *menos neutro* é compativel com a vida, e George Grille (Annals of Surgery, n. 3 de Setembro de 1905) de Cleveland, em estudos interessantes experimentaes sobre o assumpto vem confirmar essa asserção. Sabemos que o acido urico encontrado no organismo tem duas origens: acido urico *exogeno*, proveniente dos alimentos e representando 40 % do global e o acido urico *endogeno*, resultante das destruições dos nucleos cellulares em sua renovação quotidiana; que esse mesmo acido urico depende de maior ou menor quantidade de purinas introduzidas no organismo com os alimentos, mas o *porque* do desvio ou anomalia ainda se acha sem bom esclarecimento.

A uricemia é ainda uma affecção de natureza "diathetica" mal comprehendida, mal definida e menos estudada.

A parte que nos interessa é a do seu tratamento.

Diagnostic—Nas retenções do ácido urico no organismo há alguns symptomas, fóra dos que nos orientam as urinas—acidez elevada, densidade maior, cor carregada—que nos fallam de sua existencia.

Assim a *comichão* para a pelle, dando a sensação do prurido da urtiga ou cansação é um phenomeno constante; a *polydipsia* é outro.

O uricemico têm mais sede, bebe mais agua que os normaes e se explica pelo facto da natureza requerer agua para eliminar o ácido; ainda outro, sequella daquelle é a *perturbação da circulação* que sempre se encontra nos retidos de ácido urico traduzida por frequencia do pulso, com hypertensão, arhythmia, tachycardia, talvez decorrentes egualmente os phenomenos de vaso--constricção geral pois o ácido urico diz Helei é vaso-constrictor. Outro mais: a *sudação*, que, em alguns uricemicos, torna-se abundante e incommoda.

Mas, todos esses symptomas não têm o valor clinico da *pesquisa do ácido urico no sangue* que positiva o diagnostic.

A pesquisa do ácido urico nas urinas tem um valor todo secundario, pois é sabido e já Huchard no Congresso de Medicina de Lille (1899), tratando do "Coração Uricemico", proclamava que as urinas dos uricemicos são "alternantes" isto é ora caracterizadas por emissão abundante com taxa de ácido urico abaixo do normal, ora escassas, carregadas com notavel quantidade desse elemento notadamente em uma de suas "descargas criticas".

Ademais os exames de urinas feitos entre nós em que os doentes não se submettem previamente a um regimen apropriado, fixo, pelo qual se possa medir o valor das excreções pela receita calculada (pesagem dos alimentos, qualidade etc.) não têm *cunho* scientifico; pois, não se poderá calcular com precisão o valor de todos os coefficients urológicos (coefficiente de oxydação azotada, coefficiente de desmineralisação); tão necessarios ao conhecimento dos phenomenos do anabolismo e catabolismo organico. Si não se sabe a qualidade e o *quantum* da receita, os alimentos não foram pesados, ignora-se a quantidade de viandas, do leite, do sal, do pão, as gorduras, os legumes ou as fructas que ingeriu o doente, como se poderá avaliar o valor das eliminações?

Todos os elementos chamados normaes da excreção urinaria taes como chloruretos, phosphatos, sulphatos, e derivados sulfo-conjugados, acido oxalico, uréa, acido urico, uratos, ammonea, estão em relação com os alimentos ingeridos e desde quando se ignore a sua qualidade e quantidade, não se poderá tambem saber o excretado. Não têm, pois, em summula, valor verdadeiramente scientifico essas pesquisas.

E, assim, só no exame do sangue firmaremos o diagnostico da *uricemia*.

Para tal, ha varios processos de pesquisa e de dosagem do acido urico no sangue, uns de technica delicada, somente praticaveis em laboratorios, que

nos dão quantidades exactas do acido retido; outros mais simples, *clínicos*, praticaveis nos consultorios que não nos mostrando com rigor a quantidade orienta-nos de sua presença no organismo, o necessario á clinica.

Para tal mistér me tenho servido por mais faceis dos seguintes processos clinicos: Antiquissimo *Processo de Garrot*—Retira-se de uma veia do braço cerca de 16 cm³ de sangue. Depois de coagulado separa-se o serum e recolhe-se 4 a 5 cm³ desse serum em uma vidro de relógio, precipita-se a albumina com 6 gottas de uma solução de acido acetico a 28 % (o acido acetico muito concentrado precipita em flocos grandes a albumina e embarça a pesquisa, e muito deluido não dá reacção) depois se mergulham no serum assim acidulado 3 a 4 fios de linha, affastados um do outro, e deixa-se evaporar á temperatura ordinaria em lugar fresco 18 a 20 %, e em repouso, evaporação esta que dura 40 a 60 horas. Evaporada que seja retiram-se delicadamente os fios e se verificam a olhos desarmados, bellos cristaes rhomboidaes de acido urico e todo fio; urea, acido oxalico, allantina, phosphato de ammoniaco magnesiano podem tambem cristalisar no fio. Ainda se pode, sobre este acido urico cristalisado nos fios, fazer uma reacção, a que os francezes chamam de *muroxide*, e que consiste em tratar estes cristaes num vidrinho de relógio por 3 gottas de acido nitrico, evaporar lentamente e tocar o residuo amarello-avermelhado resultante com uma

gotta de ammoniaco liquido, ver-se-á apparecer uma bella cor purpurina-violacea — reacção do acido urico.

Basta que o sangue encerre 2 millig. e meio de acido urico por litro para o processo citado dar resultado. Sabe-se que no sangue normal não se encontra acido urico, senão os traem portanto, a uricemia é sempre revelada por esse meio.

O outro processo é ainda muito mais simples e rapido: é a dosagem pelo tubo *Uricometro de Ruhemann*, aparelho muito conhecido para analyse de urina, barato e de facilimo manejo. Esse processo consiste em tratar o serum do sangue preparado como no processo de Garrot (com albuminas precipitadas) como se urina fora, no uricometro.

A quantidade verifica-se lendo-se na graduação do tubo.

Tratamento--A therapeutica de que me tenho servido e que me ha dado satisfactorios e bellos resultados, consiste em injeccões intravenosas de *iododureto de lithio* cuja solução é a seguinte.

Iodureto de lithio "Evans" 10 grams.

Agua distillada q. s. para 100 c.c.

Dissolver autoclavar 110, 10 minutos. 1 cm.³=010 de Li I Começo injectando pelo processo commum endophlebico 5 cm.³ dessa solução ou sejam 0,50 de lithio, no dia seguinte augmento para 10 cm.³, no terceiro dia 15 cm.³ e no quarto 20 cm.³ ou sejam 2. grammas de sal e d'ahi em diante de 2 em 2 dias

injecto a mesma dose (20 cm.³) Faço de 10 a 20 injeccões. Nenhum accidente ou mesmo incidente, phenomeno algum reacionrio se tem mostrado.

É inoquo. Uso tambem como tratamento auxiliar no sentido de estimular as funcções hepaticas sempre tardas nas uricemias, prescrever 4 granulos de boldina por dia, e o facto interessante é que, sem nenhum regimen especial, os doentes vão melhorando desde o começo do tratamento. Sem mudança pois de regimen nem de habitos.

Atribuo o facto, não ao melhor appoveitamento por parte do organismo das substancias azotatas ingeridas, pois ha duvidas sobre isso e Ch. Fiesinger em um artigo recente no *Journal des Praticiens* de 3 de Agosto ultimo affirma que o augmento de azotatos não influe sobre o acido e sim sobre a uréa, mas a uma modificação impressa á actividade cellular, uma *fixação*, uma correccão, a sua desintegração causa de acido urico endogeno.

Será o iodo? Será o lithio não sei.

Todos sabem que a thithna é grande dissolvente do acido urico e por isso, por maior solubilisação o elimina mais facilmente; é tambem lithonriptico dissolve os compostos uraticos facilitando a excreção pelas urinas.

O iodo é o grande modificador ou melhor regularizador das oxidações, agindo sobre o rede lymphoide e sobre a cellula; o boldo tambem axilia o figado em levar ao termino em sua funcção uipoietica os azotadas á uréa. Talvez provenha de

tudo isso combinado a acção que se verifica com o methodo exposto que se resume em iodureto de lithio intravenoso e boldina *per os*.

E com este simples e inoffensivo tratamento tenho colhido animadores resultados em muitas modalidades do que chamam "arthrithismo" e neuro-arthrithismo, gota larvada ou anomala, de etiologia como sabem uricemica.

O numero necessario de injecções varia com as manifestações podendo ser até 20 e mais sem inconveniente.

O iodureto de lithio é tambem tolerado como os outros ioduretos alcalinos usados par via endophlebica. Nênhuma reacção, nenhum accidente de occasião ou tardio tenho verificado como a pratica desse sal de mais de um anno.

Deixo de vos trazer varias observacções por não tel-as agora documentadas e em clinica, como em tudo mais na vida, ninguem tem o direito de se querer impor a credulidade de outrem.

Cito apenas, dois factos recentes de cura com esse methodo.

Um é de um negociante abastado residente nesta Capital que ha muitos annos soffria de uma ulcera accupando o terço inferior da perna esquerda cercada de uma eccsema impetigioso se alastrando a quasi toda a perna.

Molestia incommoda, chronica (8 annos) rebelde a varias therapeuticas usadas aqui, no Rio e na Europa.

Fiz-lhe o exame do sangue (pesquisa do ácido urico) foi positivo (1,37) ensaiei o lithio. Cura completa d' ulcera e ecsema com 12 injeccões.

A outra era um portador de uma manifestação cutanea (ecsema com papulos em forma de strophulos) em ambas as pernas com pontos de escamações dermicas, grande prurido generalizado para cuja affecção já tinha empregado varios processos therapeuticos (inj. de "914" etc. alcalinos, urodonal etc.)

Exame do sangue, positivo (acido urico) acido urico urinario 1,20. Cura completa com 15 injeccões.

Considerações sobre a therapeutica das Osteomyelites

(Comunicação á Sociedade Medica dos Hospitales da Bahia)

Pelo Dr. JOÃO G. MARTINS

Os cirurgiões não estão muito de accordo na therapeutica empregada para a cura das osteomyelites, e é precisamente sobre esta que, baseandome nas minhas observações, queria chamar um instante a vossa attenção.

Trez methodos forão propostos na therapeutica cirurgica das osteomyelites agudas.

O 1.º pode-se assim resumir: trepanação ossea, algumas vezes, mas frequentemente simples incisão periostica.

O 2.º, incisão periostica mas sempre trepanação ossea, trepanação de resto discreta com a pequena corôa do trepano.

O 3.º, incisão periostica, seguida de uma larga abertura do canal medular com curetagem desse canal.

Da minha parte confesso não acceitar a simples abertura do periosteo. Sei que este methodo é actualmente defendido por certos mestres e que é elogiado nos casos que não são inteiramente graves, em alguns livros muito espalhados.

Não nego que de vez em quando se possa obter a cura da osteomyelite por esta simples incisão. Certos factos o provão; negal-os seria contrario á estatistica e contrario tambem á noção do poder da phagocytose na criança. Porém ao lado de alguns casos felizes quantos desastres! Desastres immediatos, morte rapida apesar das trepanações ulteriores e sobretudo sequencias afastadas, deploraveis; enormes sequestros que é preciso retirar com difficuldade, deixando perdas de substancias consideraveis, muito difficeis de reparação, reinfeccão depois de uma acalmia de alguns dias, mortificações osseas extensas, complicações articulares, emfim suppurações prolongadas, necessitando o sacrificio de membros.

Sou pois da opinião d'aquelles que julgão necessaria uma trepanação. Vou mesmo além, quero a larga, profunda, constituindo não uma simples passagem para o dreno mais ou menos hypothe-

tica, e sim uma brecha ossea pela qual se possa fazer uma verdadeira drenagem cirurgica.

Substituo as trepanações timidas por uma bem larga abertura do canal medular feita com a goiva, cisel e martello, seguida de uma curetagem cuidadosa da cavidade assim creada, como tambem de destruição das trabeculas osseas do lado da epiphyse o mais profundamente possivel, isto até onde existir *inflammção*. Depois d'essas curetagens, penso de Phelps e drenagem em gaze iodoformada, tendo no centro um pequeno dreno. O dreno é destinado ao escoamento da suppuração inter-ossea e não é fenestrado para permittir as lavagens nos primeiros dias com agua oxygenada, ou alcool ligeiramente iodado. Em trez casos assim tratados por mim pude obter uma cicatrização lenta, é verdade, em 3 a 4 mezes, no correr da qual se eliminou pela ferida: pequenos sequestros, restos da mortificação de certos pontos do *diploé*, porém cicatrização definitiva sem listulas interminaveis e sem grandes sequestros; intervenções que datão de annos. A technica seguida por mim é o echo da preconisada a muito tempo por Kerenski e por Bergmann. A radiographia veio nos demonstrar alguns mezes depois uma *hypertrophia* compensadora do osso escavado.

Estas constatações me tornarão perplexo, e creio que, depois das conquistas recentes da cirurgia ossea, ficarão despresados os *marties* e *plumbagens*.

Polydactilia e Syndactilia

(Notas clínicas)

(*Comunicação á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia*)

Pelo Prof. J. ADEODATO

A proposito de uma comunicação do Prof. Alfredo Magalhães sobre uma anomalia do dedo, feita á *Sociedade Medica dos Hospitaes*, em sessão de 20 de Outubro do corrente anno, fiz referencias a dois casos de minha observação, os quaes passo a historiar mais miudamente.

Um delles diz respeito a um rapaz de côr preta que apresenta os dois vicios de conformação—*polydactilia* e *syndactilia*. Em sua familia, apenas um irmão padecia de uma malformação digital, consistindo em dedos rudimentares puramente carnosos, um em cada mão, na bórda cubital.

A *polydactilia* no caso que vou relatar não me foi possivel estudar convenientemente, porquanto della não restava mais do que vestigios,—uma saliencia verrucoide, em cada mão ao nivel da parte média da borda cubital da 1.^a phalange do minimo, *reliquat* cicatricial da quêda espontanea do appendice teratologico. Da informação do doente, sincera e intelligente, deduzi, entretanto, que os dedos supranumerarios tinham phalanges distinctas e unhas mediam, porém, cerca de metade de tamanho do dedo minimo normal e eram ligados á mão, apenas

por um pedicelo carnoso, no sitio indicado pela cicatriz referida.

A *syndactilia*, que a observação directa melhor appreciou, consistia na fusão completa em ambas as mãos dos 4.^o e 5.^o dedos pelas partes molles, até a extremidade das phalanges ungueaes. Até a altura da articulação phalango-phalanginiana, na face dorsal, a pelle formava para os dous dedos um forro commum continuo, sem sulco de separação interdigital; ahi esboçava-se uma depressão que por deante se escavava de mais a mais, até a extremidade ungueal.

Pela face palmar, divisa-se apenas leve moessa longitudinal, entre um e outro dedos.

As phalanges dos dedos coalescentes se mostravam perfeitamente independentes e moveiças sobre as respectivas articulações. Os dedos guardavam as proporções normaes; mas a soldadura mantinha em um mesmo nivel as extremidades ungueaes, de modo que o annular, mais longe do que o minimo, se apresentava em semi-flexão permanente. Tentando-se estender o annular, produzia-se uma sub-luxação para deante da articulação phalango-phalanginiana e uma flexão forçada do articulo phalangino-phalangeano do mesmo dedo.

Na mão direita, notava-se a mais uma soldadura cutanea do annular e do médio, attingindo $\frac{3}{4}$ do comprimento da primeira phalange deste ultimo; na mão esquerda, leve gráu de analoga malformação.

Os pés nenhuma deformidade apresentavam. Não obstante o seu defeito teratologico, o individuo era charuteiro e, como musico, tocava *piston*. Instigado por mim a se submeter a uma operação orthopedica se recusou, allegando que, a não ser o prejuizo esthetico, nenhum damno lhe causava a malformação, que lhe permitia bastante dextreza para o exercicio de suas profissões.

O segundo caso que constitue objecto deste estudo offerece maior interesse e se refere a uma menina de 12 annos de idade, observada e operada por mim, a qual apresentava uma polydactilia em ambos os pés e vestigios da mesma deformidade nas mãos.

Fui informado de que teve uma irmã, morta aos 7 dias, soffrendo do mesmo vicio de conformação, tendo além disso 4 dedos da mão palmados e dedos supranumerarios rudimentares, apresentando unhas. Nenhum parente mais padecia defeito de conformação.

O pollegar da mão direita apresenta um começo de bifurcação: extremidade achatada e bilobada e a unha deprimida na linha média por leve sulco. O dedo homologo esquerdo offerece menor vestigio da deformidade. Na borda interna do minimo esquerdo, a 5 millimetros abaixo do sulco digito-palmar, vê-se um pequeno tuberculo verrucoso, remanescente de um dedo rudimentar, que caiu espontaneamente, quando ainda em tenra idade.

As anomalias nos pés são muito mais impor-

tantes: em ambos os membros ha seis dedos, sendo o supranumerario,—o 1.º de dentro para fóra, de todos o mais volumoso,—implantado perpendicularmente na borda interna de cada metatarsico, ao nivel da extremidade distal. Avançando um contra o outro na linha média, obrigavam a doentinha a afastar demasiado as pernas no acto de caminhar. Apresentam os caracteres do chamado *dedo grande*, um pouco mais volumoso do que os normaes e se prendem a uma exggerada tuberosidade que forma de cada lado a cabeça do respectivo metatarsico.

O 2.º dedo no pé esquerdo, pela séde e pela direcção, corresponde ao dedo grande; imita-lhe, porém, muito menos que o 1.º a fórma e o aspecto. E' encurvado para dentro sobre a articulação phalango-phalangiiana. Este articulo é mobilissimo, havendo ahi como que uma sub-luxação.

No pé direito, é menor a disparidade morphologica e volumetrica entre o 1.º e o 2.º dedos; nota-se, porém, aqui a mais uma fusão parcial membranosa entre o 3.º e 4.º dedos, até o nivel da articulação phalango-phalangiiana e um cavalgamento do 3.º dedo sobre o 2.º e 4.º.

Em ambos os membros, nenhuma malformação padecem o 5.º e o 6.º dedos.

(Convém attender que nesta designação numerica dos dedos, considerei como 1.º o dedo supranumerario e que, portanto, os chamados 2.º, 3.º, 4.º, 5.º e 6.º dedos correspondem respectivamente aos 1.º, 2.º, 3.º, 4.º e 5.º dedos normaes).

A operação que aconselhei e pratiquei, no intuito principal de supprimir o estorvo molesto á funcção ambulatoria, consistiu na desarticulação dos appendices anormales pela interlinha metatarso-phalangiana e nada de notavel offerece do ponto de vista cirurgico. Facultou-nos, porém, colher mais alguns dados para o estudo anatomico do caso, os quaes passo a relatar.

A extremidade distal do 1.^o metatarsico era muito mais volumosa do que devera ser, o que révela uma tendencia a bifurcação, e apresentava uma superficie lateral revestida de cartilagem, sobre a qual se articulava a respectiva faceta da primeira phalange do dedo amputado.

O esqueleto e a textura intrinseca das partes molles nada de notavel offereciam; a architectura tendinosa, porém, merece referencia. No lado esquerdo, o tendão do extensor proprio, espesso e largo destina-se ao 1.^o dedo e fornece um feixe estreito e delgado destinado ao 2.^o; no pé direito, a disposição é inversa.

A morphologia e a estrutura dos dedos que pleiteiam a hierarchia de *dedo grande*,—o 1.^o, ectopiado e o 2.^o, de séde normal, mostram-nos que no lado direito, o 2.^o parece mais um dedo grande normal, sendo o outro anormal; no pé esquerdo, é o 1.^o, o ectopiado, que mais se lhe assemelha, parecendo o 2.^o, o de séde normal, um segundo dedo (na ordem physiologica) supranumerario.

Por fim mencionarei o facto interessante de não

poder a paciente, nos primeiros dias após a operação, caminhar ou mesmo manter-se erecta com os membros inferiores em attitude natural, habituada como estava a equilibrar-se sobre uma mais larga base de sustentação, qual a que proporciona a abdução dos membros pelvicos, a que recorria para evitar o entre-choque dos dedos desalinhados e proeminentes na linha mediana do corpo.

Sobre o methodo do Prof. Lo Monaco no tratamento da tuberculose pulmonar

(*Communicaçãõ feita á Sociedade Medica dos
Hospitaes de Bahía*)

Pelo Doutorando JOSÉ PONCIANO DE SENNA

O que ides ouvir não é uma observação detida, minuciosa, completa. São, ao contrario, notas collidas apressadamente sem a mais ligeira intenção de lê-las perante uma assembléa illustre como esta e por isso mesmo falhas, deficientes e imperfeitas. Não fôra a insistencia persuasiva e convincente do Prof. Garcez Fróes e eu jamais me abalançaria em trazer á vossa sabia consideração estas notas, que se referem muito pela rama, digo de logo, ao tratamento da tuberculose pulmonar pelo novo methodo do Prof. Lo Monaco.

Ainda é muito cêdo para tirar conclusões defi-

nitivas e cathegóricas a respeito, bem que as melhores manifestas que apresenta não só este doente que ahí vêdes como outros mais que estão seguindo o novo methodo com igual proveito e que eu não trago tambem á vossa presença por motivo superior, sejam de molde a nos fazer nutrir esperanças de bom exito nas experiencias que venho de iniciar por primeiro aqui na Bahia.

Em proxima communicação direi então a esta Sociedade com documentos e provas bastantes se o novo methodo Lo Monaco é uma tentativa infructifera como muitas outras no sentido da deliberação dessa terrivel peste dizimadora inexoravel de tantas vidas ou se podemos, finalmente, contar, mercê d'elle, com uma arma de combate poderosa contra a grande e eterna ceifadora.

Eis a observação:

A. S. B., com 44 annos de idade, pardo, casado, natural da Bahia, guarda-nocturno, residente á Praça, nesta Capital, entrou para o serviço da 3.^a cadeira de Clínica Medica no dia 27 de Setembro deste anno, indo occupar o leito n. 32 da enfermaria S. Vicente.

Interrogatorio — Antecedentes hereditarios. — Mãe, já fallecida, não sabe com segurança a que succumbiu Pae, vivo ainda, apesar de bastante idoso, é forte, sadio, nunca tendo apresentado indicio algum de molestia contagiosa. Teve dois irmãos: um, homem, na companhia de quem viveu por algum

tempo, victimou-o tuberculose pulmonar; ignora a *sauca mortis* do outro.

Antecedentes pessoais.—Antes da molestia actual fumava pouco e do mesmo modo bebia.

De seis annos para cá abandonou por completo o fumo e as bebidas alcoolicas. Gozou sempre boa saude. Não teve, quando criança, as molestias tão communs nessa idade, como sarampam, variola, coqueluche, etc. Tambem não teve molestia nenhuma venerea.

Antecedentes da molestia actual.—Era guarda-nocturno. Perdendo noites, muitas vezes sob aguaceiros torrencias, alimentando-se mal, começou de sentirno fim de 4 annos de trabalho quotidiano uma tossesinha cecca. Como sóe acontecer não ligou de principio grande importancia ao facto, porém a tosse foi ganhando dia a dia em frequencia e gravidade, acompanhada por fim deescarros de sangue, abatimento geral, pallidez pronunciada, inappetencia, suores nocturnos, dores no peito, até que se resolveu a medicar-se.

Por não dispor de recursos, procurou o Hospital Santa Isabel, internando-se no serviço da 3.^a cadeira de clinica medica. Isto ha uns seis annos. Levou se tratando quasi um anno. Calcula ter tomado umas 200 injeções de paratoxina. No fim desse tempo, por se accentuarem cada dia as melhoras, pediu alta. Desde então tornou-se vendedor ambulante. Durante mais de 4 annos, passando relativa-

mente bem, vivia dessa profissão. Ultimamente reapareceram os symptomas antigos, agora com maior gravidade. Foi quando procurou novamente o Hospital, recolhendo-se á enfermaria de S. Vicente, onde se encontra.

Exame objectivo—*Constituição* fraca.

Temperamento lymphatico. *Facies* pallida, de volume normal, expressão triste. Pupillas reagindo bem á luz.

Attitude—Occupa indifferentemente qualquer posição no leito, preferindo no entretanto a *clinostase* lateral esquerda porque, quando se deita do lado direito, nota que tosse mais. A attitude erecta (orthostase) e a marcha nada apresentam de notavel.

Quanto ao *aspecto geral da pelle* apresenta actualmente uma erupção disseminada por todo o corpo, provavelmente sarnas.

Não tem *edemas* nem *movimentos involuntarios*.

Apparelho respiratorio — Não tem dyspnéa. Tosse e expectora, com maior frequência á noite, como é de ordinario. Accusa dores na caixa thoracica, mormente no hemithorax direito, ao nivel da fossa sub-clavicular e da região axillar. A röntgoscopia revelou o seguinte: obscurecimento do terço superior do pulmão direito e ganglios mediastinicos en gorgitados. Ampliação thoracica (Williams) menor do lado direito. Á inspecção, thorax pouco desenvolvido, descarnado, espaços intercostaes estreitados. Á apalpação, nota-se que

as vibrações vocaes são mais perceptíveis do lado direito, principalmente na metade superior, o que está de accôrdo com os dados theoricos. Com effeito, o tecido pulmonar nesse ponto endurecido pelo facto da presença dos tuberculos, transmite melhor o som vocal por isso que elle, tecido, se approxima das condições de um corpo mais conductor. Á percussão, tantodigito-digital como plesimetrica, differença manifesta de sonoridade de um outro lado. A' escuta do pulmão direito, respiração rude, expiração prolongada, bronchophonia, sopro tubario, estertores no apice.

Apparelho circulatorio.—Pulso radial frequente, molle, depressivel, *pulsus debilis*, *pulsus vacuus*.

Contamos 100 pulsações por minuto.

Não se vê nem se sente o choque de ponta, por isso que nos não foi possível por esses meios precisar o espaço intercostal respectivo, Sabemos que não se pode tirar deste facto nenhuma conclusão diagnostica, dependente como elle está de simples condições exteriores. A escuta do coração nos diversos focos nada revelou de anormal.

Apparelho digestivo.—Não tem vomitos, nem eructações, nem inappetencia. Antes, pelo contrario, reclama de quando em quando que a razão que lhe dão é pequena.

O figado e o baço nos limites normaes.

Apparelho genito-urinario.—Resa no archivo

da 3.^o cadeira o seguinte resultado do exame de urina feito á 5 de Outubro de 1918:

Quantidade em 24 horas—700 cc.

Côr—amarella ambar.

Aspecto—turvo.

Consistencia—fluida.

Cheiro—*sui-generis*

Densidade—1018.

Sedimento—ligeiramente floconoso.

Reacção—acida.

Materiaes solidos—29,35 pela quantidade.

Uréa—23,56 por litro.

Acido phosphorico—2,20 por litro.

Chloretos—8,76 por litro.

Urobilina—excesso.

Albumina—ausencia.

Glycose—ausencia.

Pigmentos biliares—ausencia.

Exame hematologico.—Consta do archivo da 3.^a cadeira de clinica medica o seguinte resultado do exame de sangue procedido a 30 de Setembro deste anno, antes das provas experimentaes com o assucar:

Hematimetria Thoma Zeiss

Hemacias	2,940.000
Leucocytos	12.000
Relação globular	1:240
Hemoglobina	80 o/o
Valor globular	1,30

Formula leucocytaria

Polyn. neutroph.	309	61,8 /
Grandes lymph . . .	27	5,4 ‰
Pequenos " . . .	92	18,4 ‰
Eosinophilos . . .	21	4,2 ‰
G. Mono-nucl. . . .	33	6,6 ‰
F. T.	18	3,6 ‰
	<hr/> 500	

Indice neutrophilo de Arneht

$\frac{I}{9}$	$\frac{II}{40}$	$\frac{III}{40}$	$\frac{IV}{10}$	$\frac{V}{1}$
---------------	-----------------	------------------	-----------------	---------------

Q. d. 2,2

O segundo exame, feito no dia 14 do corrente, após trinta e tantas injeccões de saccharose, forneceu o seguinte resultado:

Hematimetria Thoma Zeiss

Hemacias	5.584.000
Leucocytos.	17.959
Relação glob.	1:310
Valor glob.	0,68
Hemoglobina.	75 ‰

Formula leucocytaria

Polyneutroph . . .	331	66,2 ‰
G. Lymphocy. . . .	9	1,8 ‰
Pequenos "	98	19,6 ‰
Eosinophilos	38	7,6 ‰
Grandes mono. . . .	15	3,0 ‰
F. T.	9	1,8 ‰
	<hr/> 500	

Indice neutrophilo de Arneth

<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>
6	20	45	24	5

Comparando os dois exames notamos, do primeiro lance de vista, que as modificações para melhor são innegaveis. Em pouco mais de um mez o numero de erythrocytos que era no ultimo dia de setembro de 2.940.000 subiu até 14 do corrente a 5.584.000 por m.m.3 Diferença para mais: 2.644.000 hemacias. Se encararmos agora os dados fornecidos pela formula leucocytaria eis o que apuramos. E' um facto admittido hoje em sciencia, em tratando-se de tuberculose pulmonar, que uma proporção elevada de eosinophilos é um symptoma prognostico favoravel. Ora, o segundo exame revela uma proporção de 7,6 % de eosinophilos quando a quantidade normal não excede de 3 a 4 %.

Não é tudo. Sabemos que pelo methodo de Arneth toda vez que no curso de uma infecção não se percebe mais desvio para esquerda no indice neutrophilo esta acha-se em declinio. Basta comparar os dois indices acima para se notar de logo á evidencia um desvio manifesto para direita, approximando-se do normal. O quociente do desvio que antes do tratamento era 2,2, caiu a 0,9, quasi o normal que é igual a 1.

Exame de escarro.—Bacilloscopia positiva de Kock.

Tratamento.—No anno de 1907 os drs. Sterbini

e Piantoni foram incumbidos pelo Prof. Lo Monaco de estudar no Instituto de Chimica Physiologica da Universidade de Roma a acção physiologica dos assucares por via sub-cutanea, chegando os mesmos, decorridos dois annos de experiencias, á conclusão de que grandes doses de assucar attenuam e supprimem afinal a secreção lactea, ao passo que pequenas doses redobraram-na. Os animaes escolhidos foram cabras.

Estas experiencias, confirmou-as Sanmartino na mulher (1). Nazzari (2), Ricci (3) e D'Amato (4), confirmaram por seu turno os mesmos resultados na vacca. Na dose de 5 grammas *pro die* o assucar de canna modifica para menos e ao depois suprime por completo a secreção lactea. O Prof. Lo Monaco, deante desses factos, resolve então inductivamente estudar a acção da saccharose em face das secreções em geral, e o que apura no anno de 1914 vem corroborar inteiramente suas presumpções nesse sentido.

Os assucares agem similhantemente em face das

(1) Sanmartino U.—La secrezione lattea e gli idrati di carbonio iniettati sotto cute. [Folia Gymnaecologica. Vol. VIII. 1913].

(2) Lo Monaco.—L'azione degli zuccheri sulle secrezione.

(3) Ricci R. e D'Amato A.—L'aumento della secrezione lattea nelle mucche per effetto della iniezione sottocutanea degl'idrati di carbonio. [Agricoltura Italiana. Pisa 1916].

(4) Lo Monaco D.—L'azione degli zuccheri sulle secrezioni. 1914.

secreções gastrica, enterica, salivar biliar e renal. Os drs. Liotta e Morrihy e o Prof. Piantoni por seu turno verificam a acção hemostatica manifesta do assucar nas hemorragias tanto internas como superficiaes. O Prof. Lo Monaco, associando todos esses factos, cheg u por fim de prova em prova, a applicar com proveito o assucar nas molestias caracterizadas por uma secreção anormal de um dos organs da economia animal.

Segundo afirma o Prof. Lo Monaco, o pulmão tuberculizado, sob o effeito das injeções de assucar, reconstitue-se, as cavernas desaparecem, cessa a tosse e o doente não accusa mais nem febre nem os suores profusos communs na tuberculose pulmonar. As injeções são quotidianas, na dose de 5 centimetros cubicos.

A solução injectavel é preparada com partes iguaes de assucar crystallizado e agua distillada. Na falta da agua distillada, pode-se usar sem inconveniente nenhum a agua potavel, que é assim que temos feito ultimamente. Tendo-se os cuidados de asepsia, apesar da solução ser um excellent meio de cultura, não ha perigo de abscesso. Pelo menos já fizemos mais de 50 injeções sem o menor insuccesso. Estas, intramusculares, são extremamente dolorosas, dahi a conveniencia de ajuntar á solução um pouco de cocaína ou de novocaina. Conserva-se a solução em empôlas fechadas ou então em frascos como este com rolha de algodão, autoclavando-se á temperatura de 108° no espaço de meia hora.

Convém não exceder essa temperatura para não alterar a saccharose, para que esta não soffra a caramelização. As primeiras injecções determinam forte reacção febril, podendo subir a columna thermometrica além de 39,°5. Parece que, á semelhança do que se dá com o serum chloretado, a reacção maior ou menor depende do gráo da lesão.

Resta apurar. Talvez mesmo a reacção febril tenha valor diagnostico.

Fiz a primeira injecção no dia 2 de Outubro deste anno. Antes A. B. não accusava febre, expectorando em 24 horas 25 c.c. de escarro espesso, esverdinhado e estriado de sangue. Na tarde desse mesmo dia a temperatura subiu a 39,°2.

No dia immediato outra injecção. Temperatura vespertina: 39,°4 e quantidade de escarro conservou-se a mesma.

Em vista da forte reacção e consequente alquebramento do doente, deixei de dar injecção no 3.º dia para fazel-o no seguinte.

A temperatura não excedeu á tarde desse dia de 38,°.

Descancei ainda no 5.º dia para em seguida fazer todos os dias. No fim da oitava injecção e dahi por diante o doente não accusou senão ligeira reacção febril, tendo a quantidade de escarros descido a 15c.c. por 24 horas. Já fiz 36 injecções, até hoje, estando o escarro reduzido a 10c.c. nas 24 horas. Ha uns 20 dias que cessaram os escarros hemoptoicos. Quanto ao péso, nota-se a seguinte

alteração. Antes do tratamento, pesava 42,k400. Após a decima injeccão, no dia 17 de Outubro, 42k,900. Uma semana depois, no dia 24 do mesmo mês, 43,k300. No dia 31 do mesmo mês, 43,k100.

Em 8 de Novembro, 44k. Em 14 de Novembro, 44,k400. Em 21 de Novembro, 45,k100.

Augmentou, portanto, 2 kilos e 600 grammas:

Relativamente ao pêso, não poderiam ser mais animadores os resultados.

Não sente mais dyspnéa quando faz qualquer esforço, como acontecia dantes. Ainda tosse, porém muito menos do que quando se internou, acha-se mais forte, mais alegre, tem bastante appetite, não sua mais á noite, tudo indicando uma tendencia evidente para uma melhora consideravel, senão para a cura.

Tratamento do cancro molle e do bubão canceroso pelo arseniato de sodio (*)

Pelo DR. GONBEAU

Este tratamento, inspirado no methodo de CZERNY para o tratamento dos cancroides e empregado com exito, ha anno e meio, em varias clinicas militares, consiste na applicação do arseniato de

(*) Communicação á *Academia de Medicina de Paris* (sessão de 4 de Setembro de 1917).

sodio em pinceladas sobre os cancrios e em injeção na adenite cancriosa.

Eis a technica:

A) CANCROS MOLLES SEM COMPLICAÇÕES.—1.º *Tempo* —Perfeita limpeza da superficie de cada cancro com pequeninos tampões de algodão embebidos de ether.

2.º *Tempo*.—Toques por meio de um pincel ou de uma haste fina de crystal envolvida de algodão bastante comprimido, sobre toda a superficie dos cancrios, com a seguinte mistura:

Arseniato de sodio.	1 gramma
Alcool a 95.	50 "

O arseniato de sodio, pouco solúvel no alcool, se encontra mais em suspensão que em solução; necessario é, pois, agitar o frasco.

3.º *Tempo*.—Evaporação do alcool, fazendo intervir uma corrente de ar (canudo de qualquer especie, etc.). Uma pellicula delgada de arseniato sodico deposita-se sobre a superficie do cancro.

4.º *Tempo*.—Immediatamente depois,—segunda pincelada; nova evaporação. Por derradeiro,—aplicação de gase aseptica.

O arseniato de sodio deve ser applicado diariamente; é preferivel até, applical-o duas vezes nos cancrios da extremidade do prepucio e de todos os sub-prepuciaes que se põem em contacto com a urina. Raro se necessitam mais de 3 a 4 dias, nos casos simples, para que os cancrios se convertam em feridinhas de boa natureza, vermelhas e lisas.

Mais conveniente, sem embargo, proseguir ainda alguns dias com os toques. Quando não se fórma pús de um dia para outro e a epiderma se reproduz com rapidez, podem ser substituidas as pinceladas de arseniato pela applicação do iodoformio, lavando-se préviamente com o ether.

B) CANCROS COM BUBÃO.—1.º Si este não estiver amollecido, injectem-se em pleno ganglio 1 ou 2 centímetros cubicos de uma solução aquosa esterilizada de arssniato de sodio a 1 por 100, injectão a ser repetida, si houver necessidade, de 2 em 2 dias.

2.º Si existir um abcesso colleccionado no bubão, dê-se sahida ao conteúdo punccionando com um trocarte pequeno; rompam-se as bridas por meio de um movimento de circumvolução com o trocarte e injectem-se, em seguide 2 centímetros cubicos da solução aquosa de arseniato sodico a 2 p. 100, recorrendo á injectão quotidianamente ou em dias intercalados.

3.º Si o bubão estiver, não sómente suppurado, mas ainda aberto, apresentando anfractuosidades e descollamento da pelle, melhor será tratal-o como si fôra um cancro, pela limpeza com o ether e as pincelladas com a solução de arseniato de sodio a 2 p. 100.

RESULTADOS.—Graças a este tratamento, os doentes demoram-se no Hospital metade do tempo menos do que antes e não se vêem os casos de cancos eternos e de bubões incuraveis.

No centro Dermato-Venerologico trataram-se por

este methodo 198 enfermos, cuja duração média de permanencia no Hospital foi de 21 dias. Em 149 de cancos sem bubão, o termo médio foi de 19 dias, convindo, entretanto, manifestar que os cancos incipientes curam-se em 4 a 10 dias. Nos doentes cujos cancos estavam complicados de adenites cancosas, a duração média foi de 28 dias. Finalmente, em 13 pacientes com cancos multiples sub-prepuciaes e phymose, houve necessidade de praticar a circumcisão, durando o tratamento, na média, 29 dias.

Póde-se referir, como um dos casos mais notaveis, o de um negro da Guyana, que soffria, desde seis mezes e mais, de cancos molles extensos do freio e do prepucio, contra os quaes sem exito se haviam empregado todos os tratamentos, inclusive 4 injecções de arsenobenzol e 30 mercuriaes. Aos 5 dias de tratamento com o arseniato de sodio, as feridas cancosas, antes profundas, de bordos desiguaes e descollados, de fundo irregular e pallido, tinham se transformado em feridas vermelhas e lisas, com tendencia á cicatrização, que foi rapida. O doente, entrado a 21 de Novembro, sahio curado um mez depois.

(Do *Brasil Medico*.)

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

Sessão de 5 de Outubro de 1918

Presidente—Bacharel Ernesto Sá.

1.º Secretario (interino)—Dr. Carlos Levindo, 2.º Secretario.

2.º Secretario (interino)—Dr. Armando de Campos.

Lida a acta da sessão anterior, é, sem observações, unanimemente approvada.

O Dr. CARLOS LEVINDO justifica a ausencia, por motivo de molestia, do Dr. Aguiar Costa Pinto.

O Dr. ALMIR DE OLIVEIRA justifica tambem a ausencia do Dr. Alfredo de Magalhães.

O Dr. ROGERIO DE FARIAS apresenta e fundamenta uma proposta, de sua assignatura e da do Dr. FERNANDO KOCH, indicando para socios os Srs. Drs. Migdonio Soares de Oliveira, Luiz Antonio Gonçalves de Almeida, João da Rocha Ferreira Bastos, Frederico Soares Senna, Tito Mello de Carvalho e Bacharelando Alexandre Pimentel Bittencourt Dias.

O Dr. JOÃO FRÖES communica que “The Journal of the Medical American Association”, de Nova York, n. 16 de 20 de Abril do corrente anno, traz um resumo do trabalho do Prof. OSCAR FREIRE sobre a “Determinação do local provavel do afogamento pela presença, nas vias respiratorias de um molusco.”

Passando-se á ordem do dia, tem a palavra o Prof.

GARCEZ FROES, que apresenta sua communição sobre *corpos estranhos no estomago*, a proposito de um doente de seu serviço clinico no Hospital Santa Isabel, de cujo estomago foram extrahidos pela sondagem 3 caroços de mamão e uma folha de coentro do matto.

O que ha de curioso é que o doente affirma categoricamente que comera mamão 14 dias antes de serem extrahidas as referidas sementes, de maneira que se verifica dest'arte a possibilidade de permanencia dos caroços alludidos durante prazo tão longo, sem nenhuma alteração sensivel.

O facto é bem admissivel, porque o soffrimento do doente era *estenose do pyloro*, o que produzia estase gastrica, grande embaraço na passagem dos alimentos para o intestino e cachexia.

Na impossibilidade de cural-o pelos meios propriamente medicos, recorreu ao seu collega Dr. FERNANDO LÚZ, que operou o paciente, fazendo a anastomose gastro-jejunal, com pleno exito e achando-se actualmente o individuo com o estomago a funcionar bem.

Foi a proposito deste doente que se lembrou de occupar a attenção da douta sociedade sobre a importancia medico-legal dos corpos extranhos no estomago, susceptiveis de produzirem lesões no ventriculo gastrico. Estas lesões podem apresentar todos os grãos até a perfuração do orgão o que consiste um caso de verdadeira gravidade em geral, porque, apesar dos progressos e da ousadia da

cirurgia moderna, de que dá demonstração cabal a propria observação. apresentada, ainda se pode considerar verdadeiro o aphorisma de HYPOCRATES--
Sorvari non posse cui ventriculus sit vulneratus.

Cita, a proposito, curiosissima observação publicada no numero de 22 de Dezembro de 1917 do "The Journal of the Amer. Med. Assoc. (*A case illustrating foreign bodies in the stomach*), referente a uma operação cirurgica feita, no Hospital Geral de Philadelphia, em um doente portador de um abcesso da visicula biliar, de onde foram extrahidos 213 calculos; além desta affecção havia um grande estomago hypertrophiado e cheio de corpos extranhos na quantidade 452, entre os quaes se notavam pregos, alfinetes, colheres, garfos, ampollas vasias de injeções hypodermicas, ferrolhos de porta, chaves, abotoadores de sapatos, livellas de calça, letras typographicas, etc., etc.

Depois de operado, o individuo passou 48 horas más; restabelecendo-se, porém, succedeu, entretanto, que, no 3.º dia, após a intervenção cirurgica, o surprehendeu a vigilante no momento em que procurava apoderar-se de um alfinete de segurança do tubo de drenagem de seu apparelho curativo, com o fito de engulir-o, conforme confessou, informando ainda que engulira o primeiro corpo extranho tres semanas antes de operado.

Na literatura medica e medico-legal encontram-se muitos outros casos de referencia ao assumpto em questão, sendo dignos de nota os seguintes,

que pede permissão para recordar e foram publicados em 1906 na "Vie Médicale" de Pariz:

CHAPART em 1774, referiu ter encontrado no estomago de um galé 52 corpos extranhos, como garfos, colheres, canivetes, fragmentos de cachimbo, etc. VELPEAU citou o caso de um garfo accidentalmente engulido e expellido naturalmente ao cabo de 20 mezes.

LETTSON observou em 1802, um idiota que enguliu 4 libras de pregos velhos e um compasso.

CLOSMADENC publicou "in extenso" na "Gazette des Hôpitaux" a interessante observação de uma hysterica religiosa, que elle fôra chamado a medicar em um convento e que se suppunha atacada de uma crise epileptica. A moça, exaggeradamente es-crupulosa, procurava mortificar o corpo, comendo terra e engolindo medalhas sagradas.

A primeira dôse de emetico, viu-se surgir entre os dentes da enferma uma cruz de 6 centímetros, que fazia parte de um rosario de 220 centímetros, ornado de 7 medalhas.

Taes casos podem dar logar a problemas medico-legaes de grande importancia pratica, em virtude das lesões provocadas e da gravidade de algumas destas, como a perfuração do estomago, nem sempre possivel de tratar-se opportunamente e com probabilidades de exito curativo.

Com a pavavra o Dr. ALVARO BAHIA pede desculpas por não apresentar o rim unico com um só urethere e um só orificio na bexiga, porque, por

motivos independentes de sua vontade, a peça não ficou bem conservada e putrefez-se; apresenta entretanto uma outra peça, um rim em ferradura que foi encontrado pelo Dr. ALVARO REIS em um cadaver autopsiado por elle aqui no Serviço.

O Dr. ARMANDO DE CAMPOS inscreve-se para na proxima sessão fazer algumas considerações sobre um caso de morte subita.

NOTICIARIO

NECROLOGIA

O noticiario da *Gazeta*, no presente numero, é todo elle occupado pelo registo doloroso da morte de valorosos e illustres medicos brasileiros, victimados pelo surto epidemico, que acaba de devastar atterradoramente o mundo.

Assim é que, além do nosso inesquecivel amigo Dr. Jayme de Carvalho, a quem prestamos humilde homenagem, neste inserta, nos chega a noticia do prematuro desaparecimento de estremecidos collegas de outros estados.

Dr. Angelo de Azevedo Santos Moreira

Já eminente pediatra, assistente de Clinica Medica e Hygiene infantil da Policlínica de Crianças, medico da casa dos Expostos, director da "*Medicina Clinica*" e secretario da Sociedade de Pediatria, do Rio de Janeiro, vinha o Dr. Santos Moreira

illustrando ricamente a litteratura medica brasileira. Nome por demais conhecido e feito, delle diz o Dr. Fernandes Figueira.

“Da *Medicina Clinica*, periodico desprezencioso, levantou uma revista estimada. Tornou-a repositório, não só de monographias originaes, mas do melhor que publicavam em materia de pediatria os semanarios estrangeiros. Na escolha adrede dos artigos descobria facilmente um entendido a preocupação de sobrepor ás palavras a eloquencia irrecorrivel dos factos. Na *Medicina Clinica* inseriu contribuições á lepra infantil, á syphillis em relação á epilepsia e á therapeutica da pyelonephrite. Já publicára, em 1913, nos *Archives de Médecine des Enfants* (em numero que generosidade de COMBY dedicou á Policlínica de Crianças) um estudo referente ás doenças do coração na infancia,) e na mesma revista, em 1916, um caso pseudo-tetano de ESCHERICH. Pertence á *Revista Brasileira de Physiotherapia*, de 1915, uma resenha bem traçada da Heliotherapia. Encontram-se nos *Archivos Brasileiros de Medicina*, de 1916 e 1917, os artigos con-

Exmo. Snr. Dr.:—Nas tuberculoses, pretuberculoses, rachitismos, anemias, neurasthenias molestias do systema nervoso e dos ossos, phosphaturias, fraquezas em geral, quer em creanças ou adultos, o “**TRIPHOL**” como recalçificante e remineralizador, é um agente therapeutico de valor.

cernentes á Sôrotherapia e ao Infantilismo Palustre. E além dessas elocubrações prestadas, está a sahir do prelo a segunda edição do *Formulario de Therapeutica Infantil*, que alcançara extraordinaria acceitação, e que agora virá opulentado com a collaboração do Prof. JOAO MARINHO.

Não exagero proclamando mais uma vez a bene-merencia dos que edificam a litteratura medica brasileira. São dispensaveis tamanhas cancelas para o exito clinicto, para fazer parte da Academia Nacional de Medicina e até para a elevação ao professorado superior. Sabe infelizmente a mocidade, e pela imperativa lição do exemplo, que acima de todos os meritos estão em nosso paiz os serviços particulares aos dominadores da Republica. E foi neste, cujas agruras já conhecêra, que o meu bravo companheiro mourejava olhando para a frente e na altura da sua hombridade proseguiria inalteravel. Pertenceu á rara estirpe dos que para sempre fecham os olhos com a certeza consoladora de que não deslustraram a sua patria e que, como a ella, a outras patrias honrariam."

Dr. Theodoro Bayma

Assim se refere o nosso illustre patricio, Dr. Henrique de Aragão, ao notavel scientista, que, ainda ha bem pouco tempo, nos enviava mais uma prova de sua admiravel capacidade de trabalho e invejavel cultura:

"A classe medica brasileira, já tão rudemente

ferida por diversas vezes na actual rajada de gripe, devido ao seu abnegado devotamento em mitigar os soffrimentos alheios, acaba de receber em, S. Paulo um novo golpe, que lhe foi extremamente sensivel, com a morte do illustre medico e bacteriologista, Dr. THEODORO BAYMA, o eminente director dos Instituto Bacteriologico e Vaccinogenico daquela cidade. Cobre-se, por esse motivo, de pesados lutos a sciencia brasileira que perde, assim, um dos seus mais lidimos representantes.

THEODORO BAYMA era uma individualidade rara em nosso meio. Nelle se encontravam em intima alliança um character puro, uma intelligencia esclarecida, um enthusiasmo scientifico illimitado e, como que para coroar todas essas raras qualidades, uma modestia a toda a prova. No trato commum era captivante e sinceramente despido de quaesquer vaidades. Não é, por isso, para extranhar o grande prestigio que adquiriu no meio em que vivia, na classe medica paulista em geral e, muito particularmente, entre todos os que trabalham no Instituto Bacteriologico, os quaes tinham nelle não só um chefe acaudado, mas, antes de tudo um amigo affe-

Os Anemicos, Tuberculosos, Esgottados, Convalescentes, Neurasthenicos; Fracos, encontrarão no **"TRIPHOL"** o mais activo remedio para a cura.

E' o melhor agente de remineralisação e recalificação scientificamente preparado.

ctuosos e mais velho a que se pôde sempre pedir, confiante, bom conselho e segura orientação scientifica.”

Dr. Paulo Silva Araujo

Fallecido tambem, victimado pela grippe epidemica, no Rio de Janeiro, era o Dr. Paulo Silva Araujo um nome feito na medicina hodierna.

“Tendo se dedicado de muitos annos aos estudos de microbiologia, diz Castro Barreto foi discipulo amado do Prof. WRIGHT após haver esse grande mestre annuciado a sua theoria das opsoninas e o methodo therapeutico das vaccinas, que trazem o seu nome. Trabalhou ao lado de ERlich e publicou em 1911 as excellentes communicacões á Sociedade de Medicina e Cirurgia sob o titulo “*Syphillis-Tuberculose*”. São duas communicacões de mestre: a primeira, é o estudo pratico da reacção de WASSERMANN, então muito nebulosa; a segunda, um estudo therapeutico da medicacão iodo-radiactiva na tuberculose.

Em 1915 fez apparecer o mais original dos seus trabalhos, tambem communicacões em série áquella associacão scientifica e á Associação Medico Cirurgica, -- “*Vaccinotherapie da asthma bronchica*”, analyse detalhada e de profunda observacão da flora microbiana do aparelho respiratorio, preparacão de vaccinas pelo methodo de WRIGHT e concomitante estudo clinico e conclusões therapeuticas. Tendo iniciado esses estudos na Inglaterra, foi o

seu maior divulgador no Brazil e ninguém cuidou mais da sua prática e documentação scientifica entre nós. Poucos dias antes do seu fallecimento concluia o relatório a seu cargo da Comissão de Prophylaxia da Lepra. Recebêra tal incumbencia dos sabios e eminentes collegas que constituíam esse nucleo scientifico, como preito de confiança e admiração."

Academia Nacional de Medicina

(Sessão do dia 12 do corrente)

O SR. DR. THEOPHILO TORRES:—Sr. Presidente, a imprensa ultimamente muito se tem preocupado com a questão da invasão da cholera morbus em nosso paiz.

No cargo, transitorio, de Director da Saude Publica, julgo-me na obrigação de fazer perante a Academia—primeira autoridade scientifica medica do nosso paiz, aquella a quem sempre acatei e em cuja tribuna me tenho occupado de varios assumptos—algumas considerações a respeito do que ha nesse sentido.

Tendo surgido o boato de que em Cayenna, capital da Guyanna Franceza, estava lavrando a cholera morbus, procurei informar-me a respeito no Ministro das Relações Exteriores e hoje tive o agradável prazer de receber de Washington, officialmente, a noticia de que o que está lavrando em Cayenna é a grippe.

De sorte que, actualmente, não ha motivo de suspeitas da vinda da cholera daquella procedencia.

Como, porém, a autoridade sanitaria tem obrigação de estar de sobreaviso para defender o paiz da invasão de doenças pestilenciaes exoticas, devo dizer á Academia o que se ha feito a respeito, embora esta noticia tenha sido dada a alguns jornaes desta capital:

Quando assumi a Directoria de Saude Publica encontrei em andamento o preparo do Lazareto da Ilha Grande, com o fim de defender o Brasil da intromissão de taes doenças. Com urgencia fiz apressar esse aparelhamento. O nosso illustre collega, Sr. Dr. Emilio Gomes, acceitou a incumbencia de dirigir os preparativos daquelle grande estabelecimento, pondo-o em condições de receber e tratar doentes, desinfectar e expurgar os navios que porventura possam trazer qualquer doença infectuosa.

De modo que o Lazareto da Ilha Grande estará preparado para defender a nossa população contra qualquer emergencia desagradavel.

Em telegrammas circulares que dirigi a todas as inspectorias de saúde dos postos, determinei as medidas de vigilancia as mais rigorosas, obrigando que todos os passageiros de navios suspeitos fossem individualmente examinados. Não satisfeito com estas medidas, fiz seguir, de accordo com o Ministro do Interior, para cada um dos portos de Belém, Recife e Bahia, um medico bacteriologista,

dos approvados no ultimo concurso, todos de capacidade superior visto terem diplomas do Instituto de Manguinhos, incumbidos de reforçar esta vigilancia.

Assim, chegado a um porto desses qualquer navio portador de algum caso suspeito, serão examinados, bacteriologicamente, as fézes de um por um dos passageiros.

E' preciso notar que, de todas as doenças pestilenciaes e exoticas, a que mais nos deve preoccupar é a cholera, porque a peste existe no littoral do Brasil, em varias capitães da Europa e nas capitães das Republicas do Sul. Existe peste em Porto Alegre, em Campos, na Argentina, em quasi toda a parte, menos no Rio de Janeiro.

Já disse aqui, em aparte, ao Dr. Cardoso Fontes, que a unica cidade do mundo que tinha conseguido se libertar da peste era o Rio de Janeiro, devido á impermeabilisação do sólo das habitações. De modo que um ou outro caso que apparece é logo combatido.

Quanto á febre amarella, esta existe no norte do paiz, mas della não nos devemos receiar, porquanto, a sciencia moderna, as medidas prophylaticas para combatel-a são tão rigorosas que se pôde garantir que em dois mezes, caso ella appareça, estará debelada.

Por conseguinte, das doenças exoticas, a unica que devemos temer é a cholera, mas para prevenir a sua invasão temos tomado essas medidas rigo-

rosas para todos os navios vindos de portos suspeitos. Portos suspeitos só existem na Russia e no Japão, porque a parte occidental da Europa não está assolada pelo cholera morbus.

Não consta no Ministerio do Exterior que exista a cholera na Europa occidental.

Na America do Norte a cholera não existe. É possível que essa doença appareça aqui, mas por enquanto não devemos nos assustar.

Se a cholera existisse em Cayenna seria perigoso pelas relações fluviaes e pelos navios que, naturalmente, trariam a cholera morbus. Mas, como acabo de dizer, em Cayenna ainda não existe.

Sei que o governo do Pará, no momento, tem tomado medidas severas para evitar a contaminação do seu Estado. De sorte que não ha, por enquanto, receio que a cholera aporte ás nossas plagas. Tambem não se póde garantir que não venha.

Se, por acaso, um navio suspeito aportar a Belém terá elle de vir soffrer o expurgo no Lazareto da Ilha Grande, gastando nisso 16 dias de viagem. Dahi a necessidade premente de se multiplicar os Lazaretos, installando-se mais tres, respectivamente, no Pará em Pernambuco e em Santa Catharina. Com esta providencia teremos quatro Lazaretos, o que evitará o receio das companhias de navegação pelos dispendios que terão de fazer em tão longa travessia.

Como V. Ex. sabe, são os prejuizos materiaes

que produzem a rebeldia das companhias de navegação ás medidas sanitarias do paiz.

Todas as medidas sanitarias que acarretam poucas despezas são geralmente bem acceitas. As medidas sanitarias contra a febre amarella não encontram opposição. O mesmo não se deu com as medidas adoptadas para combater a peste devido á exigencia da impermeabilisação do sólo que são dispendiosas.

De sorte que se impõe a creação desses Lazaretos.

Outra medida necessaria é a volta do Hospital Paula Candido ao seu antigo mistér de defeza maritima, ficando o de São Sebastião para defeza terrestre.

Essas medidas são urgentes e não se precisa de grande trabalho e de grande intelligencia para ver a sua necessidade. Precisamos de energia e de força de vóntade porque, com estas medidas, teremos o nosso territorio isento desses males.

Essas considerações eram as que eu desejava fazer perante á Academia.
