

GAZETA MEDICA DA BAHIA

Vol. L

Janeiro—1919

N. 7

Tensão arterial do impaludismo (1)

SUMMARIO—O proteiformismo palustre.—Observações de Grall e Marchoux.—A localização suprarenal do impaludismo; Clementino Fraga na Bahia; Paiseau e Lemaire em Paris.—O valor da descoberta: o muito que lucró a therapeutica.—A pesquisa systematisa la da tensão arterial no impaludismo.—Monier Vinard e Caillet.—Os seus estudos; as discussões que provocaram. Os pontos de identidade das nossas observações com as de Vinard-Caillet; as divergencias.—Porque pesquisamos a tensão em decubito e em orthostase.—A tachycardia orthostatica.—Ainda a insufficiencia suprarenal palustre; as formas frustas do ataque.—A pigmentação.—Porque a hypotensão no impaludismo.—Perturbações endocrino-sympathicas.—Concluindo.

A grande molestia tropical, assumpto sempre palpitante e vivo nas cogitações dos estudiosos de hontem, cada qual mais interessado em devassar o seu proteiformismo, ainda, nos tempos que correm, se apersenta em manifestações desconhecidas, num desafio pertinaz á argucia e á prespicacia dos tropicalistas contemporaneos.

GRALL E MARCHOUX, em magistral e exhaustivo trabalho sobre impaludismo, no capitulo em que

(1) Da these inaugural do Dr. Edgardo Passos Boaventura. Capitulo I.

descrevem as formas perniciosas, asthenicas e algidas, fazem praça de um symptoma, muito nitido a seu ver, que domina o quadro clinico de taes manifestações: falam da asthenia, chegando a accrescentar que ella “apparece e evolve como na forma pura da insufficiencia suprarenal” exagge-rando-se depois, acompanhada ainda de hypotensão arterial etc.

Em Dezembro de 1916, o PROFESSOR CLEMENTINO FRAGA levou á Sociedade Medica dos Hospitales da Bahia, a primeira communicação sobre a insufficiencia suprarenal no impaludismo.

Ao mesmo tempo surgiram em Paris trabalhos identicos da lavra de PAISSEAU e LAMAIRE, que, dadas as difficuldades de communicação, que agora quasi nos insulam do Velho Mundo, eram do nosso meio por completo desconhecidos.

Seria redundancia descabida, o encarecimento destes trabalhos do nosso mestre, quando opiniões mais valiosas, já se fizeram ouvir a respeito da excellencia de suas vantagens; testemunha que fomos do exito da medicação especifica e opotherapica—o tratamento unico que para taes casos, a boa razão nos dita—applicada nos doentes do serviço clinico da 1.ª Cadeira de Clinica Medica, podemos ter a estimativa segura do valor desta descoberta.

A minuciosa referencia a estas observações, encontra-se no excellente trabalho inaugural do

DR. ARMINIO FRAGA (1) o que nos permite dellas falar somente de passagem.

* * *

Nestes casos de insuficiencia suprarenal palustre, a que se referem as observações primeiras do serviço clinico do PROF. FRAGA, era symptoma sempre dominante a hypotensão arterial. Melhoravam as condições do doente de parceria com um augmento da tensão.

Suggestiu-nos então o mestre a indagação systematisada sobre a tensão alteral em todos os casos de impaludismo.

E foi isso o *leit-motiv* das nossas observações.

* * *

Já referencias vinham sendo feitas á tensão no impaludismo, em observações insuladas, sem nenhuma disciplina do seu estudo.

BOSC e VEDEL, citados a cada passo na these do Dr. LOBATO AYRES, (2) tratando da tensão no impaludismo, affirmam que na phase inicial do accesso, se observa grande hypertensão, que pode até parar movimentos cardiacos, em virtude da extraordinaria resistencia peripherica, consequencia do espasmo arterial. O Dr. LOBATO AYRES nunca observou taes alterações em muitos impaludados que teve occasião de examinar.

(1) Insufficiencia pararenal no impaludismo.

(2) Contribuição ao estudo da pressão arterial [Semeiotica e semeiogenesis].

São de V. ASCOLI (1) as palavras seguintes: “a baixa da pressão arterial, a pequenez do pulso, o vomito, a prostração, a asthenia, o collapso, a pigmentação—em summa—os symptomas característicos da malária e os que a ella se seguem, representam quasi todo o quadro recentemente descripto como da insufficiencia suprarenal”.

CARNOT observou um augmento da tensão antes do começo do accesso e disso se utilisava para fazel-o abortar injectando nos doentes, uma solução de quinina por via intravenosa.

* * *

Coube a MONIER VINARD e CAILLET, publicar a primeira contribuição ao estudo da tensão arterial, systematisada a observação a muitos casos de impaludismo.

A cifra maior dos seus doentes era composta de soldados sujeitos a excessivo trabalho; grande parte delles havia sido recentemente infectada; em alguns as observações foram feitas aos primeiros surtos febris.

Eis um resumo das conclusões principaes dos seus estudos:

1) Diminuição muito notavel da tensão arterial nos impaludados, constante em todos os casos. Em média: a tensão maxima de 10,5 e a minima de 3,5.

(1) V. Ascoli—La Malária—(citado na these do Dr. Pereira da Motta).

Impaludismo com febre continua:	Mx. 10—Mn. 4,5
Impaludismo com acces. violentos	Mx. 10,5—Mn. 5
Impaludismo com acces. de media intensidade	Mx. 11—Mn. 5
Impaludismo com accessos ligeiros	Mx. 12—Mn. 6

2) Variações da tensão arterial em relação com a febre: no decorrer do acesso ha elevação da tensão maxima desde o calafrio inicial; ella fica em media entre 18 e 20, elevando-se tanto em alguns casos que se torna irregistavel pelo aparelho de PACHON. A tensão minima, em constante, desce consideravelmente, chegando as vezes a 0, ficando em media entre 2 e 3. E' notavel assim o augmento da tensão differencial, que é em media igual a 12 nos accessos violentos, a 9 nos medios, a 7 nos ligeiros.

Em se tratando de acesso algido, differem as cifras das acima citadas: 10, 12, 13 para a maxima e 0 para a minima.

Um dia depois do acesso a tensão maxima é muito baixa: 9 a 11; a minima já um pouco mais elevada que no dia anterior; a differencial pequena. Os dias vão decorrendo e a tensão se vae elevando até que novo acesso venha a apparecer, operando-lhe novamente as mesmas modificações. Mesmo assim, depois até de uma apyrexia de 15 dias ou mais, nunca a tensão attinge a cifra normal.

Entretanto no curso desta apyrexia, manifestam-se extraordinarias variações da tensão: em certos dias ella terá a cifra daquelles de acesso;

em outros não variará. Isso constitue na opinião dos autores um signal da persistencia da infecção palustre; e, facto curioso, ás vezes a tensão maxima se eleva, guardando a chronologia de um accesso que só por este signal se manifesta.

Finalisam MONIER VINARD e CAILLET os seus estudos, dizendo haver uma degenerescencia das glandulas suprarenaes no curso do impaludismo e preconizando o tratamento de ABRAMI pelo sôro adrenalinado.

ALFREDO KOURY attribue á sobrecarga de trabalhos a que estavam sujeitos os observados, a causa desta queda tão consideravel da tensão arterial. Fala dos seus doentes de Beyrouth, quasi todos civis, nos quaes nunca encontrou, mesmo em presença de accessos de 40.º, taes modificações da tensão arterial.

MONIER VINARD acrescenta ainda que os seus doentes haviam soffrido infecção massiça e que os accessos se cortejavam de grande abatimento, vomitos incoerciveis e intensa infecção intestinal.

Informa ainda ALFREDO KOURY que observou tensão normal em impaludados chronicos com surtos agudos; em soldados, porém, por elle tratados em Alexandria, a hypotensão era notavel; cortejava este symptoma, e com nitidez o outro da linha branca de SERGENT.

Josué, encontrou em seu serviço a asthenia em numerosos soldados, acompanhada de signaes de insuficiencia supraranal; notou ainda a hypotensão não só em soldados como em muitos civis. Conclue

utilizando que na sua opinião, o estado moral influencia sobre as glandulas de secreção interna, modificando os productos por ellas elaborados, creando um estado de fragilidade de suprarenal.

* * *

A analyse das nossas observações identificam-nas em alguns pontos com as conclusões que dos seus estudos tiraram MONIER VINARD e CAILLET; em outros porem delles divergem.

E' assim que nunca observamos em casos de accesso tão grandes disturbios da tensão referentes á elevação consideravel da maxima, em contraste com tão notavel diminuição da minima.

Vimos (e está consignado em algumas das nossas observações), por occasião do calefrio que annuncia o accesso, uma elevação da tensão maxima não constante em todos os doentes, mas evidente em alguns, pois, após o accesso, a hypotensão se installava.

Differem tambem dos trabalhos citados as nossas conclusões, no que toca ao grande augmento da differencial pelo qual é responsavel a grande diminuição da tensão minima.

A hypotensão foi sempre por nós observada: diminuição da tensão maxima com diminuição proporcional da tensão minima, par e par em quasi todos os casos; dahí, normalidade da tensão differencial.

Ao que nos parece é de algum modo procedente

e justa a critica feita por ALFREDO KOURY, attribuindo ao excesso de trabalhos a que estavam sujeitos os doentes de MONIER VINARD, modificações tão grandes da tensão. Que existe deficit na tensão attestam as nossas observações em numero de 86 e affirmam os estudos de todos os que do assumpto se occuparam; entretanto, ao nosso ver, não são taes modificações tão consideraveis nos casos em que outras circumstancias, não venham a influir, apequenando as resistencias do individuo.

E a descripção do quadro clinico feita por MONIER VINARD, bem nos permite suspeitar de que, em muitos dos seus casos, se tratava de franca insuficiencia suprarenal. Com effeito tal conjuncto de symptomas—abatimento, vomitos incoerciveis, infeccão intestinal, hypotensão—é muito da insuficiencia suprarenal.

Não nos foi dado surprehender a linha branca de SERGENT e assim estamos na mais absoluta discordancia com a opinião de A. KOURY, que a viu sempre e com muita nitidez.

As nossas observações em maioria sobre doentes não hospitalizados, não nos permittiram apreciar em todos, tão bem quanto o fizeram MONIER VINARD e CAILLET, em pesquisas diarias sobre o mesmo doente, o estado da tensão arterial, quer em accesso, quer em apyrexia. Em doentes internados, no Hospital Santa Isabel, podemos fazer estudo mais systematisado, vasados nos mesmos moldes que aquelles dos auctores citados.

Quando em inicio ainda as nossas observações, despidos de qualquer convicção, entre varios impaludados com hypotensão, tinha entrada para o Hospital um doente atacado desta molestia, em que paradoxalmente a hypertensão se registava; um, dois dias depois, a pesquisa era feita de novo e então a hypotensão se mostrava.

De referencia a esta variabilidade tudo nos leva a crêr com MONIER VINARD, que julgam essa hypertensão, um accesso palustre por assim dizer bastardo, que occultou toda a symptomatologia a elle peculiar, manifestando-se tão somente pela hypertensão.

* * *

Todas as pesquisas da tensão foram feitas guardando o doente primeiramente o decubito horisontal; tomada a cifra nesta posição, faziamos o paciente passar do decubito á orthostase, registands ainda outra vez a tensão.

Levou-nos á essa norma de proceder a suggestão dos estudos de VAQUEZ, a respeito das arrhythmias chronotropas que se manifestam pela tachycardia orthostatica. Ao demais foi assumpto de uma communicação feita pelo PROF. FRAGA á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia a questão da tachycardia orthostatica como um novo signal da insufficiencia suprarenal.

E o dictame dessa nossa conducta estriba-se ainda em razões outras, provenientes de uma convicção que nutrimos. Eil-a:

Muitos são os factores etiologicos inscriptos no quadro da pathologia suprarenal.

Citaremos os principaes, na sequencia mesma em que os collocou o Dr. ARMINIO FRAGA em seu trabalho inaugural: a pneumonia, a febre typhoide, o sarampo, as parotidites, a dyphteria, a aphthosa, a escarlatina, a febre amarella, as affecções estreptococicas, a variola, a cholera asiatica, a febre de malta, a syphile, a raiva, a tuberculose e o impaludismo.

São recentes os estudos do ataque a estes orgãos pelo factor em ultimo logar citado; as observações ainda hoje são tidas como curiosidades clinicas.

Pensamos entretanto que, afóra o baço, sitio de eleição para o germe de LAVERAN, que na linguagem pinturesca de alguns, tem neste orgão o seu celleiro; a suprarenal occupa o plano seguinte, aquelle mesmo em que estejam outros orgãos, mais communmente lesados por tal parasito.

Não falando da insufficiencia suprarenal franca, que de prompto se evidencia quando na plenitude do seu cortejo symptomatico; não nos referindo tambem á syndrome suprarenal frusta, tão bem estudada e descripta por GARIN, SARROUY, POUGET, a qual não é mais que o quadro primeiro em matriz mais esmaecido; o convivio com innumerados impaludados deu ensejo a que observassemos casos em que parecia haver uma simples intoxicação destes orgãos.

Não é por tudo isso illogico admittir que um orgão reagindo assim por processos tão varios a

Um factor etiologico que superabunda nos tropicos, não se lhes offereça por muitas vezes, quasi commummente, vulneravel.

* * *

Ficou demonstrado acima que entre o impaldismo e as affecções suparenaes existem estreitas relações no que toca á etiologia destas, sendo aquelle, em muitos casos, o seu factor preponderante. E foi por isso que, considerada como é a tachycardia orthostatica uma parcella da syndrome suprarenal, procuramol-a em todos os nossos observados a ver por onde, neste assumpto, se limitava a verdade. Vimos em alguns doentes, principalmente naquelles em que eram mais evidentes os symptomas de compromettimento ligeiro da supra-renal, o pulso se accelerar pela mudança de posição do corpo do decubito á orthostase. Convem lembrado que uma differença de 8 a 12 pulsações da posição horizontal á vertical, é perfeitamente normal e observavel em quasi todos os individuos.

Em que pese a opinião abalisada de VAQUEZ que tão bem estudou esta classe de arrhythmias, somos obrigados a confessar delle discordes no que diz respeito ás variações da tensão arterial de accordo com a lei de MAREY. Vimos em todos os nossos doentes a tensão diminuir quando o pulso se elevava, donde variação pequena, para menos da tensão na orthostase. Não ha negar portanto foros de verda-

deira á referida lei de MAREY, assim por GRASSET eschematisada.

Tachycardia — hypotensão; bradycardia — hypertensão.

* * *

Não nos passaram despercebidas alterações mais ou menos pronunciadas da coloração da pelle de varios dos nossos observados: não era a melano-dermia franca, tão bem descripta na obra de PENDE, que toma ora o matiz do negro ora o do mulato, ora o da azeitona, ora na comparação de CASTELLINO, aquelle da casca do pão bem cosido; mas sim uma pigmentação mais discreta, muitas vezes somente apreciavel pelo artificio aconselhado, por TREMO-LIÈRE e JACKET, da applicação de um sinapismo sobre a pelle. A sua localisação varia, sobre a fronte, a orla mammaria, a axilla, a parte superior da face interna das côxas, o dorso das articulações phalangianas, predominava sobre os labios e a mucosa buccal.

Estão accordes os auctores, em que a melano-dermia é um signal de insufficiencia suprarenal, ligando-a tambem á syndrome solar, uma perturbação emfim de origem sympathico-suprarenal.

Não podemos deixar de abrir um parenthese para algumas considerações que o termo sympathico suprarenal, houve de mais provocar.

* * *

Existiam entre os pathologistas profundas discordancias na explicação da pathogenia de certas molestias (Chlorose, Adison, Basedow); uns eram sectarios da theoria sympathica, outros abraçavam aquella das secreções internas.

PENDE demonstrou que as funcções complexas do sympathico e as não menos complexas dos órgãos endocrinicos, ao contrario de oppostas são correlatas, não se podendo absolutamente separal-as, nem pela physiologia, nem pela anatomia.

O systema nervoso vegetativo não age sem intervenção do systema endocrinico, que por sua vez tem a sua actividade regulada pelos nervos secretores vindos do sympathico. São, por isso, funcções que se completam mutuamente.

A maneira porque age a adrenalina, hormonio sympathicotropo, estimulando as terminações do sympathico (sensu strictiori), emprestando aos varios tecidos sob sua acção certo coefficiente de tonicidade; o modo diverso por que se portam os hormonios autonomotropos, mostram a evidencia do acima enunciado.

A influencia do systema nervoso se faz sentir em tão alta medida sobre os órgãos endocrinicos, que PELLEGRINO demonstrou, que num animal em que se retire uma das suprarenaes e se insula a outra das suas connexões nervosas, este vem a morrer de insufficiencia suprarenal aguda.

Conhecemos de citação na these do Dr. J. PEREIRA DA MOTTA (1) o trabalho de MAC DOWELL que conclue por um hypotonus sympathico no impaludismo, devido á diminuição da adrenalina, provocando assim estas perturbações de insufficiencia suprarenal. Diz ainda "como o emprego da adrenalina melhora o estado do pulso, e, de accordo com o postulado de EPPINGER e HESS (toda a excitação ou inibição produzidas pela adrenalina está no dominio do sympathico) nos mostra a origem sympathica da bradycardia apontada".

HERRIQUE DUQUE verificou a diminuição da adrenalina nos impaludados pela fraqueza da reacção glycosurica a essa substancia e concluiu assim pela existencia de um hypotonus sympathico em taes individuos.

* * *

Todo o exposto nos houve de trazer a procurar explicar porque esta hypotensão no impaludismo. E nas entrelinhas da nossa dissertação deixamos algo transparecer do que reservamos para agora dizer, á maneira de remate a este capitulo.

A descripção que fizemos succinta da norma que seguimos nas nossas observações, procurando os pontos de contacto entre as manifestações communs do impaludismo e aquellas em que está em causa o compromettimento das suprarenaes, houve

(1) Suprarenalite palustre—Rio 1918.

pôr força revelar que acreditamos na existencia de um disturbio sympathico suprarenal.

Sinão vejamos, e comecemos dizendo da acção da adrenalina sobre o aparelho circulatorio, vindo em nosso auxilio a autoridade com que nestes assumptos pontifica o sabio Prof. de Milão. (1)

A adrenalina augmenta a pressão arterial, angustando o calibre dos vasos e reforçando o myocardio. O extracto hypophysario produz tambem hypertensão, por mecanismo diverso.

A acção da adrenalina é sobre as terminações sympathico-motoras, emquanto que a da hypophyse se faz sentir directamente sobre os elementos musculares lisos da parede dos vasos.

A vaso-constricção adrenalínica é observada ainda sobre o territorio dos esplanchnicos e com especialidade sobre o rim. E' vaso-constrictor de todos os outros districtos vasculares com excepção da arteria coronaria que se dilata sob sua acção. Ainda age deste modo sobre as veias e os capilares, sendo a constricção destes a maior responsavel pela hypertensão que essa substancia produz.

A adrenalina reforça e accelera os batimentos cardiacos.

São de PENDE ainda estes trechos que se seguem e que muita luz vêm trazer á questão:

"L'azione dell'adrenalina stimola direttamente gli elementi cellulari, indipendentemente dai loro

(1) Pende—Endocrinologia.

nervi simpatici, ma nel senso che stimola elettivamente i ponti d'unione tra le terminazione nervose simpatiche e la sostanza recettive delle cellule, ossea quella parte speciale delle cellule la quale secondo LANGLEY, é deputata ad accogliere gli stimuli anabolici o catabolici che arrivano per via ematica o per via nervosa.

Si deve soprattutto a BRODIE e DIXON l'aver dimostrato che si puo. mediante l'apocodeina, paralizzare le terminazione motrice simpatiche della muscolatura liscia: in queste condizioni l'adrenaline è inattiva, mentre è attivo il cloruro di bario, sostanza che agisce direttamente sulle fibre lisce".

Agora vejamos, como se porta o sympathico em relação ás fibras musculares lisas dos vasos.

Foi esta funcção descoberta por CLAUDE BERNARD o verdadeiro creador no dizer de CASTELLINO (1) da moderna pathologia do sympathico.

Este nervo age equilibrando a acção dos vaso-constrictores e dos vaso-dilatadores que retraem ou dilatam as paredes dos vasos. Delle depende este estado de media concentração continua a que se dá o nome de tonus vascular.

Convém aqui recordado, a explanação já citada de MAC-DOWELL que concluiu por um hypotonus sympathico no impaludismo.

(1)—Castellino—Pathologia del sympathico.

É assim, por todo o exposto, julgamos ter demonstrado que a hypotensão palustre é consequencia de um disturbio sympathico-suprarenal.

Concluindo:

1.º) No impaludismo a tensão maxima e a minima estão diminuidas; a differencial está normal.

2.º) Durante o curso da molestia variações se observam na cifra da tensão. Na occasião do accesso a tensão está elevada; no intervallo de um accesso a outro, as vezes a tensão se eleva acima da normal; isso para MONIER VINARD constitúe um accesso palustre.

3.) A pigmentação melanodermica existe em alguns casos; muito mais commum é aquelle ardosiada das mucosas.

4.º) A tachicardia orthostatica, signal novo da insufficiencia suprarenal, foi por nós observada varias vezes.

5.º) A asthenia foi tambem por nós vista em muitos poentes.

6.º) Tudo nos leva a crér que muito commum é a localisação ou do proprio hematozoario ou dos seus productos toxicos nos orgãos suprarenaes. Da intensidade da infecção naturalmente depende ou a degeneração dos orgãos em questão, ou a simples intoxicação delles.

7.º) Por tudo isto se deduz que é muito racional o que preconisa ABRAMI: a prescrição em taes doentes da adrenalina.

8.º) Este conselho que é seguido sempre que ha insufficiencia suprarenal manifesta, deve ser dilatado a todos os casos de impaludismo, constituindo um bom tratamento ao lado do especifico.

9.º) As nossas observações em numero de 89 comprehendem 65 de terçã benigna e 21 de terçã maligna.

10.) Na terçã benigna a media foi de 14 para a maxima e 7 para a minima.

11.) Na terçã maligna a media foi de 11 para a maxima e 6 para a minima.

12.) Na occasião do accesso a maxima foi de 18 e a minima de 8.

13.) As demonstrações anatomoclinicas da lesão suprarenal palustre e os estudos sobre a reacção do sympathico na molestia explicam a hypotensão, sobretudo accentuada nas formas suprarenaes.

OBSERVAÇÕES

I

V. S. 20 annos, solteiro, preto, bahiano, carregador, residente ao Rio Vermelho, deu entrada transportado ao Hospital Santa Isabel a 14 de Novembro de 1916. Gosava perfeita saude 15 dias antes; fazendo um grande esforço, sentiu-se fatigado, com obnubilação, vomitos, e desse dia em diante ficou preso ao leito. A' inspecção: grande abatimento, atirado ao leito, no qual nem consegue

sentar-se. Não fala; pulso fraco e depressível. Temperatura 35,5.

Dia 16. Tmx. 13. Tmn. 7. Pulso 50.

Exame do sangue: avultado numero de crescentes.

Dia 18. Mx. 12. Mn. 5.

O doente teve alta em 20 de Dezembro.

II

V. W. branco, solteiro, alemão, negociante, residente ao Retiro, entrou em 3 de Janeiro de 1917 para o Hospital.

Profunda asthenia, guardando o decubito dorsal, imóvel, pulso fraco, hypotenso e depressível, resfriamento das extremidades, dejeções continuas, vomitos frequentes, temperatura de 35,9. Fígado 13 centímetros. Baço media no seu maior diametro 22 centímetros.

Tmx. 9—Tmn. 5. (Vaquez).

Exame do sangue: farta copia de crescentes.

III

J. H. S. P. 28 annos, branco, electricista, Barra do Garcez, entrou para o Hospital em 1.º de Julho de 1917.

Atirado ao leito, imóvel, asthenico, pulso fraco, hypotenso, extremidades resfriadas.

Diz ter sido accommettido ha 20 dias de febre, frio intenso e sudorose.

Fígado doloroso, media 14 centímetros. Baço augmentado de volume, medindo 16 centímetros

ao maior diâmetro. Tinha 98 pulsações por minuto.

Exame do sangue: farta cópia de *p. malivæ*, sob a forma de eschizontes. Media de 12 por campo.

Tmx. 11. Tmn. 6. Pulso 94. (1).

IV

J. R. B., 58 annos, pardo, solteiro, natural da Bahia, residente em Cachoeira. Antes 15 dias da sua entrada fôra accommettido de febre, frio, cephalalgia e sudorose. Profunda asthenia, inappetencia e diarrhéa, dôres abdominaes e lombares. O tegumento externo revela a pigmentação bronzea discreta da pelle e a ardosiada da mucosa labial.

Figado diminuido; baço augmentado ligeiramente á percussão.

Exame do sangue: presença do *p. vivax*.

Tmx. 7. Tmn. 4. pulso 80. Deitado.

Tmx. 6. Tmn. 3. Pulso 100. De pé (2).

(Esphygmotensiómetro de Vaquez).

V

J. R. S., pardo, solteiro, 38 annos, natural da Bahia, lavrador, residente ao Cabula.

Tem 15 dias de molestia; ainda não foi medicado.

(1) Essas 3 observações são o resumo das descriptas na these do Dr. Arminio Fraga. São doentes de franca insuficiencia suprarenal.

(2) Resumo de uma communicação por nós feita a S. M. dos H. sobre um caso de suprarenalite palustre.

Teve no início perturbações digestivas (dôres abdominaes, vomitos, inappetencia, diarrhéa).

Fígado: 15 cm. ao nível da linha mamillar.

Baço: augmentado á percussão e á palpação.

Exame hematoscopico—presença do plasmodium falciparum.

Dia 6 de Maio: Tmx. 10 1/2 Tmn. 5, pulso 60, deitado.
Tmx. 11 Tmn. 5 1/2, pulso 80, de pé.
Temp. 36,5 pela manhã, 37 á tarde.

Dia 8 de Maio: Tmx. 9 1/2 Tmn. 5, pulso 56, deitado.
Tmx. 10 Tmn. 6, pulso de pé 74.
Temp. 36,8.

Dia 9 de Maio: Pulso deitado 60, pulso de pé 80.

Tmx. 9 1/2 Tmn. 5, pulso 62, deitado.
Tmx. 10 Tmn. 5 1/2, pulso de pé 74.
Temp. 37.

Dia 11 " " Tmx. 17 Tmn. 9, pulso 100, deitado.
Tmx. 16 1/2, Tmn. 8, pulso 120, de pé.
Temp. 39,5.

Dia 12 " " Tmx. 10 Tmn. 6, pulso 58, deitado.
Tmx. 9 1/2 Tmn. 6, pulso 76, de pé.

Dia 15 " " Tmx. 13 Tmn. 7, pulso 56, deitado.
Tmx. 12 Tmn. 7, pulso 78, de pé.

Dia 18 " " Tmx. 9 1/2 Tmn. 5, pulso 60, deitado.
Tmx. 9 Tmn. 5, pulso 80, de pé.

Dia 20 " " Tmx. 10 Tmn. 6, pulso 62, deitado.
Tmx. 9 1/2 Tmn. 5, pulso 78, de pé.

VI

A. F. S., com 55 annos de idade, branco, casado, natural da Bahia, é musico e reside ao arraial do Acupe. Entrou para o hospital em 4 de Março, leito n. 21 da Enfermaria S. Vicente. Ao interrogatorio responde que ha dez dias pernoitara no logar denominado Unhão, e que, pela manhã, ao despertar, sentiu indisposição geral. Em o dia que a este seguiu. doeu-lhe a cabeça, apoareceram-lhe vomitos, foi tomado de febre que desapareceu por uma crise abundante de suor. Friza o proprio doente o character, para elle singular, da sua febre: hoje si ella manifestava-se, amanhã não apparecia, voltando a visitalo no dia seguinte ao que o deixara em paz. Tem o nosso doente o figado e o baço ligeiramente augmentados de volume.

Antes de qualquer medicação foi tomada a tensão arterial: Maxima 10. Minima 6 1/2.

Temperatura: Manhã 37,4. Tarde 40

Pulso: 116 por minuto

Dia 5. Tmx. 10. Tmn. 6 1/2.

Temperatura: M. 36,5 T. 36,8

Pulso: 100.

Dia 7 Tmx. 12. Tmn. 6 1/2. Pulso 96. Deitado.

" 11 1/2. Tmn. 6. Pulso 106. De pé.

Dia 9 Tmx. 16. Tmn. 9 1/2. Pulso 98. Deitado.

" 15. " 8. Pulso 108. De pé.

Temp. 38. 5.

Dia 11 Tmx. 16 1/2 Tmn. 6. Pulso 104. Deitado.

Tmx. 17 Tmn. 7 Pulso 114. Deitado.

(Seguem-se, no mesmo sentido, mais 74 observações.)

A resistencia globular na febre amarella ⁽¹⁾

Pelos Dr. CLEMENTINO FRAGA

[Professor da 1.^a cadeira de Clinica Medica da Faculdade de Medicina da Bahia]

e

Dr. ARMANDO SAMPAIO TAVARES

[Assistente da mesma cadeira]

(Nota prévia)

A ictericia da febre amarella ainda é assumpto em fóco, dada a insufficiencia das explicações que têm surgido para o mecanismo do processo.

Os profs. M. COUTO e AZEVEDO SODRÉ, antes das pesquisas de WIDAL em torno das ictericias hemolyticas, entreviram a origem hematica da syndrome na febre amarella. Assim se exprimem: "Em resumo, parece, e é esta pelo menos a nossa convicção até provas em contrario, que na febre amarella a hemoglobina retida no sangue pela falta do seu emunctorio natural e que não pôde mais ser comportada pelas hematias já hyperaugmentadas em seu valor globular, soffre, a medida que se espalha no serum,

(1) Communicação ao VIII Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia.

a acção da toxina icteróide, que a converte em pigmento identico áquelle que a cellula hepatica della retira para a bile. A ictericia na febre amarella é, portanto, uma ictericia hematogenica. Em 1910, em artigo publicado no "*Brazil Medico*", concluem que "a ictericia é anhepathogena, não hemolytica, mas hematica".

O quanto de suggestivo existe, na opinião dos illustres professores, está a resaltar. A não ser por uma hyperhepatia inicial, a formação exaggerada de pigmento no figado não parece coadunar-se com o estado anatomico da glandula jecoral. Só a hypothese de um maior funcionamento no começo da molestia poderia ter os fóros da plausibilidade, advogando até certo ponto o modo de ver dos partidarios da retenção. As pesquisas necroscopicas, a presença de hemacias granulosas em abundancia, a ausencia de acidos biliares no sangue e nas urinas, afastam a ideia de uma origem hepato-genica e indicam que é no proprio sangue que vae agir a toxina amarillica, resultando a ictericia da alteração do pigmento normal dos globulos vermelhos.

Uma restricção se nos affigura possivel ás conclusões de COUTO e SODRÉ. Elles negam a origem hemolytica do processo. Ora, a *priori*, cremos differentemente.

Longe de admittir que a acção da toxina só se faça sentir na hemoglobina hyperproduzida e espalhada no sôro, por uma impossibilidade de fixação

delas hemacias já sobrecarregadas; longe disso, parece-nos que o seu effeito malefico se inicia com o ataque ao globulo vermelho, consequente destruição e, por final, reacção chimica que vae reduzir o pigmento sanguineo a pigmento biliar. Seria uma ictericia hemolysinica, como veremos ádeante.

De uma destruição globular falam as pesquisas do Dr. EDUARDO BITTENCOURT e daquelles mestres, quando referem a diminuição dos globulos vermelhos no 2.º e 3.º periodos e a existencia de numerosas hemacias granulosas no sangue dos amarillicos. Quanto a estas, e os myelocytos encontrados pelos profs. supracitados, são indice de uma reacção medullar intensa, só explicavel por uma contemporanea destruição exaggerada.

Foi sob a inspecção desses trabalhos que, ao iniciar-se o actual surto epidemico de febre amarella na Bahia, volvemos as nossas vistas para esses estudos, determinando uma directriz, que infelizmente nos não foi possivel seguir á risca.

A hypothese de ictericia hemolytica exige uma dupla indagação: saber si a causa da destruição globular está no globulo ou no sôro que o contém. Dahi, como premissa, ao lado do estudo da resistencia globular do sangue total, o da resistencia dos globulos isolados e o do poder hemolytico do sôro dos individuos em relação a hemacias normaes. A par disso, as pesquisas complementares: auto-hemolyse, autoagglutinação das hemacias granulosas, do diametro dos globulos, etc. Por seu turno

a resistencia globular deve de ser pesquisada iterativamente no 1.º periodo, no inicio do 2.º, no inicio do 3.º e depois de curado o doente.

Desgraçadamente não nos foi dado cumprir o plano traçado, e é por isso que, ao envez de uma memoria sobre ictericia, aqui se encontra apenas uma nota prévia sobre a resistencia globular dos amarillicos, essa mesma determinada em condições a não permittirem conclusões definitivas.

Nossos trabalhos proseguem e oxalá possamos levar algum subsidio a esse intrincado problema.

A noção de resistencia globular implica a de destruição das hemacias.

HAMBURGER comprehendeu que entre os globulos e o meio que o cerca, existe um equilibrio molecular perfeito, o que vale dizer que o conteúdo da hemacia e os elementos em solução no plasma estão em completa isotonia. E' o conceito "pura-mente physico" do phenomeno. Observou que em contacto com a agua destillada as hemacias augmentavam de volume, tornavam-se claras e por fim diffundiam no meio a sua hemoglobina. Fez soluções de chlorreto de sodio, em concentrações diversas, e á proporção que a percentagem d'agua augmentava, a resistencia dos globulos vermelhos, ahi lançados, diminuia. Determinou assim uma solução em que nenhuma alteração se notava, e portanto, havia isotonia; depois observou quando o intumes-

cimento do globulo se processava, e era o começo microscopico da hemolyse; em seguida procurou ver o inicio da passagem da hemoglobina e, por fim, a diffusão completa do pigmento sanguineo (hemolyse total).

O mecanismo intimo da hemolyse é uma questão muito complexa. Si, á primeira vista, de accôrdo com a theoria physica, a resolução se nos apresenta prompta, como no caso da agua destillada, as difficuldades surgem num sem conto de casos, onde, para aquelle modo de ver as explicações são artificiaes.

Consideremos a proposito.

NOLF, citado em RIBIERRE, fala nos seguintes termos das relações das hemacias com o plasma: "*Trois systèmes de forces attractives de l'eau concourent à établir cet equilibre (o equilibrio osmotico entre os globulos e o meio que o banha): le système a, constitué par les substances solubles dans le sérum; le système b, qui n'este autre que le stroma globulaire; le systeme c, qui comprend les substances en solution dan le suc cellulaire des hématies*".

Todas as demonstrações, todo o estudo da hemolyse vem sendo feito, por essa mesma rota, á base da concepção primitiva de ROLLET, da existencia de um estroma globular. Este estroma representaria o papel de uma membrana semi-impermeavel, isto é, "permeavel á agua e impermeavel ao conteúdo globular".

As alterações do estroma seriam o intermedio entre as modificações de qualquer dos meios que elle separa: "*Le système b, diz NOLF, peut être modifié par hydrattation. Mais cette hydrattation pourra s'opérer, directement d'une façon immédiate, sous l'influence de la dilution exaggerée d'une solution non pénétrante constituant le milieu exterior, a (cas de Na Cl. Kcl.) en solution etendue; soit; indirectement, par l'intermediaire d'une substance pénétrante (Az H³ Cl) qui modifie, en l'impregnant, la paroi protoplasmique et augmente la force attractive pour l'eau*". Em ultima analyse e, para elle, á agua que cabe a responsabilidade no processo destructivo.

Si, ao envez de admittirmos a existencia do estroma de ROLLET, que por WEIDENREICH foi demonstrado como artificios de preparação, si, ao envez disso, comprehendermos a constituição do globulo vermelho, como quer esse auctor, a explicação do phenomeno se facilita e cremos abranger todas as circumstancias da questão.

Para WEIDENREICH, a hemacia é constituida por uma membrana, no interior da qual se encontram em solução a hemoglobina e saes. Essa membrana seria formada por uma substancia albuminoide, a que se ajuntam lipoides, "na sua mór parte cholesterina e lecithina". Assim entendido, a hemolyse seria o resultado da destruição ou ruptura dessa membrana, por dissolução dos lipoides. "Por ahi se demonstraria a acção nociva de diversas substan-

cias, como o ácido acético, o ether, etc." Quanto á agua destillada elle crê que a diffusão da hemoglobina no sôro sanguineo se faça ás custas de uma solução de continuidade. Si é a natureza lipoidea que o faz repellir uma modificação directa da agua sobre a parede, parece-nos merecerem alguma consideração, no caso vertente, as observações de UNNA sobre a *hydrophilia* da cholesterina, citadas por LAMBLING.*

Ora, do que acima dissemos podemos concluir que a interpretação ganha extraordinariamente em simplicidade. A acção dos agentes hemolyticos, não puramente physica, mas chimico-physica, parece estar indicada: tudo resultaria da dissolução ou ruptura da membrana envoltora, a favor de uma dissolução verdadeira ou ás custas de uma imbibição que lhe attenúa a resistencia.

RIBIERRE, em 1903, entre as suas conclusões deixa as seguintes palavras: "*Peu importe que l'on considere avec NOLF que cette modification tiennne a l'augmentation de l'affinité de l'enveloppe globulaire pour l'eau: c'est au fond notre avis; mais il est loisible d'admettre encore des modifications chimiques plus complexes. Le resultat n'en reste pas moins le même*".

A concepção da membrana envoltora vem approximar-nos talvez um pouco mais do mecanismo da hemolyse, dando-lhe uma interpretação mais geral.

Restringir, com NOLF, á agua toda a responsabilidade num processo onde se acham tão nume-

rosos elementos, seria esquecer a energia diversa das causas que agem sobre a parede globular. Si em alguns casos, uma simples imbibição tudo explica, uma corrente osmotica parecendo formar-se, mercê de uma mais accentuada permeabilidade do envoltorio, é logico admittir-se que tal outra causa leve além o seu poder destruidor, e o revestimento que protege o soluto hemoglobínico venha a desapparecer.

Temos, assim, que a explicação chimico-physisca da hemolyse é a que mais accorda com os nossos conhecimentos actuaes.

Damos a seguir algumas observações, poucas e rapidas, da resistencia globular na febre amarella. A difficuldade de se hospitalizarem doentes no 1.º periodo e embaraços de varia natureza determinaram as falhas destas provas, que apenas aqui vão pelo interesse que o assumpto desperta. Todas se effectuaram em plena ictericia. As seis primeiras pertencem aos Drs. AGGRIPINO BARBOSA e EDUARDO ARAUJO e constam do registo de trabalhos praticos do Hospital do Isolamento, onde tambem foram effectuadas as nossas. Numa dellas, além da pesquisa da resistencia do sangue total, foi tambem procurada a das hemacias desplasmatisadas e a acção hemolytica do sôro sobre globulos vermelhos normaes.

As conclusões a que ora chegamos nada têm de definitivas; em todo o caso, porém, a uniformi-

dade dos resultados permite-nos afirmar, sob reservas, que nós amarillicos examinados a resistencia globular era normal ou ligeiramente augmentada.

Como explicar, porém, esse facto com a renovação sanguinea energica, com a ausencia dos acidos biliares no sangue, com o aniquilamento funcional do figado, tudo a cortejar uma ictericia, que por esses mesmos motivos parece conhecer uma origem hematica?

Não está provavelmente na fragilidade globular a causa efficiente do mal, já o dissemos; a icterica é resultante de uma aggressão ás hemacias, de sua destruição, consequente libertamento e posterior formação de pigmento biliar. O processo cabe no capitulo das ictericias hemolysinicas de CASTAIGNE e CHIRAY e só o estudo da acção destruidora do sôro amarillico é capaz de esclarecer a questão. Infelizmente, a tal respeito só uma observação possuímos: mas a pesquisa foi feita no 11.º dia, quando já entrara o doente em convalescença. É possível que a acção mais intensa da toxina se exerça no inicio da molestia na passagem do 1.º para o 2.º periodo. É então que se dará o processo destructivo pela acção dissolvente sobre os lipoides da membrana globular, a maneira do que se observa com certos acidos, com o ether, etc.

Eis as observações:

—Donte 150:—Hemolyse inicial, 4‰ . Hemolyse total, 1‰ .

—Doente 158:—Hemolyse inicial, $3,5^{\circ}/_{\infty}$. Hemolyse total, $2^{\circ}/_{\infty}$.

—Doente 159:—Hemolyse inicial, $3^{\circ}/_{\infty}$. Hemolyse total, $2^{\circ}/_{\infty}$.

—Doente 160:—Hemolyse inicial, $4,5^{\circ}/_{\infty}$. Hemolyse total, $2^{\circ}/_{\infty}$.

—Doente 161:—Hemolyse inicial, $4,0^{\circ}/_{\infty}$. Hemolyse total, $3^{\circ}/_{\infty}$.

—Doente 163:—Hemolyse inicial, $4,5^{\circ}/_{\infty}$. Hemolyse total, $3^{\circ}/_{\infty}$.

(As observações acima são dos Drs. AGGRIPINO BARBOSA e EDUARDO ARAUJO; seguem-se as nossas:)

—R. P.—Hemolyse inicial, $3,2^{\circ}/_{\infty}$.

—S. M.—Hemolyse inicial, $3,5^{\circ}/_{\infty}$. Hemolyse total, $2^{\circ}/_{\infty}$.

—M. J.—Hemolyse inicial, $4,5^{\circ}/_{\infty}$. Hemolyse total, $2^{\circ}/_{\infty}$.

—P. T.—Hemolyse inicial, $4^{\circ}/_{\infty}$. Hemolyse total, $1,5^{\circ}/_{\infty}$.

—I.—Hemolyse inicial, $3,5^{\circ}/_{\infty}$. Hemolyse total, $2^{\circ}/_{\infty}$.

—M. M.—Sangue total:—Hemolyse inicial, $4,5^{\circ}/_{\infty}$. Hemolyse total, $1,5^{\circ}/_{\infty}$.

Sangue desplasmatizado e lavados os globulos:

Hemolyse inicial $4,5^{\circ}/_{\infty}$

Hemolyse total $2^{\circ}/_{\infty}$

O soro não destruiu hemacias normaes.

Em resumo:

I

O problema da ictericia na febre amarella continúa a despertar a attenção dos estudiosos do assumpto, tendo tido em COUTO e SODRÉ os fundadores de uma theoria de accôrdo com a pathogenia da molestia.

II

Elles determinaram a sua origem hematica, dando á toxina amarillica o poder reductor sobre a hemoglobina diffundida no plasma e impossibilitada de fixar-se nas hemacias, já sobrecarregadas desse pigmento, e de eliminar-se pelo seu emunctorio natural. Negam a hemolyse.

III

Accôrdes no que toca ao genero do processo, discordamos, *a priori*, no que tange ao seu mecanismo intimo, isto é, acreditamos numa causa hemolytica, mais especialmente, julgamol-o uma ictericia *hemolysinica*.

IV

Isso vale dizer que do processo hemolytico, não cabe a responsabilidade á fragilidade dos globulos vermelhos mais sim á aggressão que elles soffrem

pela toxina amarillica, agindo provalmente sobre os lipoides de membrana globular.

V

Foi com esse fim que nos empenhamos na pesquisa da resistencia globular dos amarillicos, ponto capital para a explicação da syndrome.

IV

Esse estudo deve comprehender a pesquisa da resistencia do sangue total e das hemacias desplasmatizadas e a da acção hemolysinica do sôro sobre globulos normaes, feitas iterativamente nos diversos periodos da doença. Ao lado disso, as indagações complementares, em especial o que respeita ás modificações de fórma e estructura dos globulos vermelhos.

VII

Infelizmente os nossos trabalhos, que proseguem, não poderam até agora orientar se pela directriz traçada; num só caso effectuamos a pesquisa da resistencia do sangue total e das hemacias desplasmatizadas e da acção hemolysante do sôro. As restantes observações visaram apenas a resistencia do sangue total, em phase de fraca ictericia.

VIII

As nossas observações e as anteriormente feitas pelos Drs. AGGRIPINO BARBOSA e EDUARDO ARAÚJO

determinam que a cifra, que exprime a hemolyse inicial, por vezes se mostra augmentada, mas sempre se avizinhando da normal.

IX

Esse resultado não affirma a hypothese de uma ictericia hemolysinica, por nós aventada e para prova ou negação de cuja existencia levamos por diante nossas pesquisas.

A prophylaxia maritima do cholera

*Da conferencia realisada
pelo Prof. Dr. Pacifico Pereira.*

Uma lição de «clinica sanitaria»

—Numa interessante e instructiva lição a seus alumnos na Faculdade de Medicina de Buenos Aires, o Dr. José Penna, professor de clinica epidemiologica e presidente do departamento nacional de hygiene, estudou o caso do *Araguaya*, os antecedentes de sua viagem, o texto da Convenção Sanitaria e sua applicação áquelle caso especial, indicando a necessidade de uma nova prophylaxia, fundada no papel transmissor dos *portadores de bacillos*.

Nesta lição de *clinica sanitaria*, como a denominou o provector professor, mostrou que esta pro-

phylaxia, derivada dos novos conhecimentos sobre o papel dos *portadores de bacillos* e da sobrevivencia dos germens pathogenos nos intestinos dos que estiveram doentes, prophylaxia estabelecida aqui pela primeira vez no caso do *Araguaya*, como procedimento preventivo, se achava tambem previsto pela Convenção Sul-Americana no art. 48 (já citado). Sómente por este artigo do tratado se exige o accordo previo das partes contractantes para todos os progressos scientificos capazes de tornar mais efficazes as medidas prophylacticas.

“Neste caso especial porém, pondera muito judiciosamente o professor argentino, semelhante procedimento teria podido expor á importação de moléstia que se desejava evitar, e resolveu-se pois utilizar logo o ensinamento, implantar o systema, isto é, inverteram-se os termos previsores da Convenção, porque jamais poderia estar em seu espirito que por cingir-se estrictamente á suas previsões sobre o futuro se pudesse prejudicar a saude publica dos paizes que a celebraram.”

E ao adoptar este progresso da prophylaxia pediu-se ao Snr. Ministro do Interior, diz ainda o professor argentino, que fizesse communicar aos paizes signatarios da Convenção, a conveniencia de incluir-se entre as medidas prophylacticas a investigação bacteriologica das materias intestinaes não só dos enfermos do cholera e dos curados da moléstia, mas tambem dos sãos que tiverem estado em seu contacto e que por este facto vinham

a constituir-se suspeitos tambem, senão mais do que aquelles que apresentam symptomas suspeitos da molestia”.

O Professor Penna observou ainda que depois da chegada do *Araguaya* ao Brazil verificou-se que em todo o periodo que precedeu este facto o navio esteve totalmento desprovido de prophylaxia, segundo as estipulações expressas da Convenção e por este facto enfermaram e morreram de cholera os infelizes immigrants que nestas condições adquiriram a molestia de cujo germen o navio era o unico portador.

“Não havendo, pois, satisfeito as obrigações necessarias para gosar dos direitos e franquias que o tratado confere, era impossivel outorgal-as, pois de outro modo seria desconhecer os principios mesmos da Convenção, que ao legislar sobre a liberdade de transito e de commercio o fez sem esquecer, como condição prévia, o cumprimento de determinados requisitos, indispensaveis para garantir a saude publica, questão tão essencial e de mais vital interesse que todas as outras, porque o direito de defendel-a sobrepõe-se a todos os demais.

O Prof. Penna accrescenta que a Convenção ainda não foi regulamentada, não obstante haver já decorrido um prazo inteiro (4 annos) de sua vigencia e achar-se na metade do segundo, e que logo depois da declaração do cholera na Italia elle pôz-se em communicação com as autoridades sanitarias das quatro partes contractantes. O Brasil res-

pondeu que o art. 49 não o obrigava a um accordo e que se regeria pelo regulamento sanitario. A Republica Oriental associou-se á Argentina na adopção de medidas prophylaticas communs, dentro dos principios da Convenção, e no accordo de detalhes do procedimento a observar em relação ás procedencias do mediterraneo e do Adriatico, que constituíam uma ameaça á saude publica de ambos os paizes.

Tendo em conta o accordo regulamentado com o Estado Oriental do Uruguay, sendo o *Araguaya* um navio infectado, cujo gráo, dado o procedimento do capitão, não podia pricisar-se, ficava livre ao criterio de ambos os paizes applicar-lhe as medidas correspondentes e era facultativo a ambas as corporações (art. 3.º do accordo) effectuar a vigilancia sanitaria dos passageiras de primeira e segunda classe em terra ou não.

O Departamento Nacional de Hygiene optou pela vigillancia a bordo: 1.º porque a grande quantidade de passageiros de primeira e segunda tornava difficil a vigilancia em terra; 2.º, porque tendo em conta as novas acquisições da bacteriologia do cholera era indispensavel applical-as e tornava se muito mais facil executal-as a bordo do que em terra; 3.º, porque *não procedendo o Araguaya do Adriatico nem do Mediterraneo, o Departamento podia adoptar o procedimento discricionario que mais conviesse.*

Um Confronto.

—Permitti-me porém, Srs., um ligeiro confronto entre o procedimento da autoridade sanitaria argentina e o da Directoria Geral de Saude Publica do Brasil nos casos do *La Plata*, *Araguaya* e *Würzburg*, que profundamente nos interessaram e commoveram.

A autoridade sanitaria argentina pôz em pratica a nova prophylaxia sem o accordo prévio com as outras partes contractantes, como prescrevia o Convenio, porque qualquer outro procedimento protelando medidas indispensaveis e urgentes *poderia expor á importação da molestia que se procurava evitar, e jamais poderia estar no espirito da Convenção que por cingir-se estrictamente a suas previsões se pudesse prejudicar a saude publica dos paizes que a celebraram.*

Resolveu, portanto, o hygienista muito criteriosamente, no consciencioso desempenho do seu cargo, — pôr em pratica o novo ensinamento adquirido pela sciencia, em beneficio da saude publica, pedindo logo depois ao Sr. Ministro do Interior que communicasse o facto aos paizes signatarios da Convenção, mostrando a conveniencia de incluir-se nella a nova prophylaxia.

No caso do *La France*, a que já nos referimos, occorrido um mez antes, o director geral da Saude Publica no Brasil, desattendeu ás medidas propostas pelo Conselho Sanitario Estadual da Bahia, embora

as puzesse em pratica mais tarde no caso do *Araguaya* na Ilha Grande; não resolveu de accordo com o espirito scientifico a medida de salvação publica urgente e opportuna, preferindo subordinar-se á lettra erronea de um regulamento atrazado e insciente das noções modernamente adquiridas, desprezando estas porque *não eram indicadas pelo regulamento sanitario vigente, completo e nada deixando a desejar quanto ás providencias que recommendava, que são as adoptadas, dizia, pela Convenção Internacional de Paris e acceitas pelo Governo Brasileiro.*

A administração sanitaria brasileira evidentemente tinha se atrazado e prendido ás disposições antiquadas da Convenção de Paris de 1903, que a sciencia e a experiencia dos mais competentes hygienistas já condemnava.

A prophylaxia do cholera já traçada por eminentes hygienistas, visando especialmente a noção dos portadores de bacillos ainda é desconhecida donosso regulamento sanitario dos portos.

A MORTALIDADE INFANTIL

As causas directamente responsaveis

Realisou-se recentemente em Buenos Aires uma exposição interessante. Sob os auspicios de uma benemerita associação que alli existe e que se denomina Sociedade das Mães, foram colleccionados

variadissimos objectos e utensilios que servem ao trato das crianças, bem como quadros estatísticos e outras informações, tudo relativo aos cuidados que se devem ter com os pequeninos seres. Nessa exposição figura uma estatística da mortalidade infantil, segundo cujos dados falece na Republica Argentina uma criança em cada cinco minutos que passam. Para tornar mais palpitante essa triste informação, ha, junto do quadro estatístico, um engenhoso dispositivo que faz desprender-se e cabir uma poia negra de cinco minutos, mostrando, assim, materialmente aos visitantes que mais uma vida infantil se perdeu...

Commentando essa exposição, "La Prensa " faz observações muito sensatas a respeito do debatido assumpto da mortalidade da infancia e assignala este facto curioso: — enquanto em plena guerra, as tropas envolvidas nas operações de fogo perdem, no computo total, nunca mais de sete por cento de seus effectivos, na Republica Argentina o coefficiente de mortalidade infantil é marcado por doze por cento dos nascidos.

A exposição a que no referimos e os proprios commentarios do jornal argentino levam-nos naturalmente a considerar a situação desta Capital, onde, a respeito da perda de vida das crianças na primeira idade, o corpo medico e a imprensa gastaram já todos os recursos de demonstração para convencer os poderes publicos de que é oppressiva e angustiosa a necessidade de providencias que res-

guardem a produção humana, tão prejudicada por varias causas que o homem, afinal, pôde e deve vencer.

Entre nós tem-se admittido que as principaes causas dos avultados fallecimentos de crianças são a má qualidade da alimentação e a falta de certos cuidados que constituem o que se chama a puericultura e na ignorancia dos quaes são os proprios pais os sacrificadores inconscientes de seus filhos.

Quanto á segunda dessas duas causas, sente-se bem que só um prolongado esforço educativo pôde corrigir o mal. Desde a escola primaria é necessario que, por uma systematização intelligente, se vá ensinando a toda a pessoa a sciencia facil da defeza individual e do lar. Quando taes ensinamentos de resguardo da saude individual e da sanidade da habitação se tiverem introduzido nos nossos habitos, teremos certamente em cada casa um continuo e desvelado trabalho de defeza da criança. Essa educação das mãis de familia é por sua natureza descurada e difficil, até porque para implantal-a não é necessario apenas proclamar-lhe os beneficios, mas sim, parallelamente, combater os estupidos preconceitos que ainda dominam a familia no que concerne á educação physica das crianças desde os seus primeiros lances na vida.

Nem se pôde confiar apenas á escola essa tarefa tão embaraçosa, embora á escola caiba sem duvida a parcella mais importante nessa formação de tão importante finalidade social e economica. Numa

cidade como o Rio de Janeiro e em outras de iguaes recursos, ás associações de toda ordem incumbe a obrigação de concorrer por todos os meios, para que se eliminem dos habitos de criação, nas nossas familias, o que nada é senão um attentado ao equilibrio de saude das crianças.

A segunda causa apontada como responsavel pela grande mortalidade infantil entre nós, está ligada a outros problemas da vida nacional: — é a má alimentação que tão de perto se relaciona com a carestia dos generos de bocca. Sabe-se, por exemplo, a parte que tem o leite na alimentação das crianças. Pois bem o leite é, entre nós, um alimento caro e perigoso. Caro sem razão de ser, dada a sua abundante producção nos campos da criação bovina, proximos e ligados facilmente á Capital do paiz e até pela contribuição dos estabulos locaes. E perigoso por um complexo de circumstancias que ainda não houve boa vontade e energia administrativas capazes de vencer.

Já se chamou ao leite que aqui consumimos a "lama branca". Não ha talvez exaggero nisso. Quer o producto que sai dos estabulos, quer aquelle que nos chega dos pastos mineiros, é rigorosamente máo. Faltam-lhe já, quando é dado ao consumo, as principaes qualidades de nutrição e sobram-lhe, por desgraça, elementos malsãos e que o deixam tornar suspeito.

Temos já, é certo, sobre o leite e seu commercio, uma abundante legislação:—regulamento, posturas,

quatro duzias de funcionarios, algumas retortas para exames e, emfim, o quer que seja, talvez proveitoso, com o nome de fiscalização. Ha isso e igualmente existe uma larga litteratura sobre o assumpto. Precizamos confessar, porém, que ainda é pouco. O máo leite continúa a introduzir-se por fraude no mercado e desse máo leite se intoxicam, de maneira quasi sempre incuravel, milhares de crianças.

Verificar até que ponto esse pessimo producto concorre para o avultamento dos obitos infantis é quasi impossivel. Não temos, ao menos em relação ao paiz inteiro, numeros estatisticos com a precisa fé official para chegarmos a conclusões positivas, Não poderíamos, assim, fazer uma exposição como a de Buenos Aires e nella marcarmos, pela quéda da bola negra, o numero de crianças que morrem em cada determinada unidade de tempo. Basta pensar, porem, que a nossa situação não é, a respeito, melhor que a da capital argentina, nem que se sinta angustia com que nos opprime o problema na defeza da população infantil. De certo esse problema da alimentação não define apenas, assim profundamente, na mortalidade da infancia. Sobre cada criança que morre tres ou quatro subsistem, para passarem uma vida de precaria saude, de quasi imprestabilidade economica e fazendo-se candidatos a todas as infecções e, sobretudo, á tuberculose. Quando se considera, pois, o prejuizo que a alimentação do máo leite causa á infancia, não o

se pôde levar em conta sómente o numero de crianças que elle sacrifica pela morte dentro do primeiro periodo de 0 a 2 annos. Dahi para cima, em todos os periodos de desenvolvimento organico em todos os estagios da existencia, a creatura sente os effeitos da alimentação de sua primeira infancia.

Justo é assignalar que de certo tempo para cá não se têm, os que governam, alheiado inteiramente do assumpto, embora, por causas varias, não tenham conseguido melhorar sensivelmente a situação. Agora, entretanto, num começo de Governo que se mostra apercebido dos problemas que nos opprimem, e conscio de suas innumeradas responsabilidades é bem a oportunidade de, apontando o exemplo da propaganda de Buenos Aires, pedir-lhe que volte as suas vistas para o caso.

(Do *Jornal do Commercio*)

MEDICINA ACTUAL

Revista das Revistas

Amoebiose urinaria em São Paulo pelos Drs. Theodoro Bayma e Aluisio Fagundes.

Os A. A. registam pela primeira vez, em S. Paulo, a verificação de tres casos de cystite amoebiana.

Nos dias primeiros parecia, pela ausencia de symptomas, tratar-se de uma simples contaminação fecal das urinas; no terceiro caso, porém, a

“affecção se caracterisou por todos os symptomas de uma cystite aguda.” O exame do deposito da urina centrifugada revelou “alem de grande quantidade de hematias, consideravel numero de amœbas granulosas, umas sob a forma kystica e outras em franca vida vegetativa, emittindo pseudopodos em todas as direcções, com movimentação muito activa.

Chegam os A. A. á conclusão de que é real, em S. Paulo, a localisação da *Endamœba dysenteriae* nas vias urinarias e, como nas demais manifestações da amœbiose humana, a adrenalina revelou-se um poderoso agente therapeutico.

(Do *Instituto Bacteriologico*-S. Paulo).

A proposito de um caso de coma diabetico pelo Dr. Martins Pereira—Serviço do Prof. Bello Moraes—Lishôa.

Levou o A. á publicação do caso presente a oportunidade de verificar as difficuldades de diagnostico etiologico, que pode offerecer um coma, e a suscitar um processo de diagnostico de rapida execução.

Deseja a verificação de seu valor, lembrando a necessidade de se multiplicarem as observações.

Em face de um caso de coma, cujo quadro se afastava por completo das formas clinicas conhecidas, resolveu o A. “fazer uma punção lombar e dosear o assucar que por ventura o liquido cephalo rachidiano contivesse”. E accrescenta:

Feita ella extrahi liquido com fraca tensão, de côr ligeiramente amarellada.

Fiz a pesquisa da glycose pelo licor de Fehling, que me foi revelada existir em grande quantidade. A' medida que ia aquecendo o tubo contendo o liquido cephalo-rachidiano e o licor, immediatamente se ia fazendo a reduçção, tanto que, terminado o aquecimento, a reduçção estava completa e o liquido totalmente vermelho tijollo.

Insisto sobre as phases d'esta operação, para explicar o desacordo havido na avaliação da quantidade de assucar por este processo e a revelada pelo polarimetro.

Assim, este ultimo deu 0,gr.20 ‰, quando, a julgar pela intensidade da reacção pelo licor de Fehling, pelo deposito de oxydo de cobre, calculava proximo de 1 gr. ‰, que costuma ser a quantidade necessaria, para que a reacção se dê com tal intensidade."

Conclue o A. que, em presença de um caso de coma, de difficil diagnostico, por ausencia dos symptomas habituaes, é de todo necessario tal processo, rapido e elucidativo.

(*A Medicina Contemporanea*).

Sobre o tratamento do tetano pelo
Dr. Eurico Salles Gomes

Tendo em vista a ainda relativamente muito elevada mortalidade pelo tetano, emprehendeu o A. um minucioso estudo comparativo do valor das

medicações até hoje empregadas no tratamento do terrível mal.

O estudo é altamente instructivo e baseado num sem numero de cuidadosas observações, concluindo o A. que "o acido phenico, o bicarbonato de sodio, o persulfato de sodio, o sulfato de magnesia e o chloral não exercem nenhuma acção antitoxica *in vivo*, contra a toxina tetanica.

"O soro antitetanico é capaz de impedir o apparecimento dos symptomas de tetano, quando introduzido por via subcutanea, mesmo algumas horas depois da inoculação da toxina. Introduzido pela via rachidiana elle detem a marcha da intoxicação, e determina a cura, com tanto que a intervenção se dê no curso do primeiro terço de duração da cabaya injectada com duas doses mortaes.

A seroterapia antitetanica é pois a unica medição antitoxica do tetano. A injeccção intravenosa e sempre preferivel á subcutanea. A via rachidiana é a que fornece os mais seguros resultados."

Gazeta Medica da Bahia

REDACTOR GERENTE

DR. MACEDO GUIMARÃES

Cobertos, 5 — Caixa Postal, 250 — BAHIA