

JOSÉ D'ALMEIDA

BREVE ESTUDO

SOBRE

ANKYLOSTOMIASE

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



1441 ENC

IMPRENSA NACIONAL

de Jayme Vasconcellos ::

R. da Picaria, 35 — PORTO

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

LENTE SECRETARIO

Thiago Augusto d'Almeida

CORPO DOCENTE

Lentes cathedraicos

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral | Luiz de Freitas Viegas. |
| 2. ^a Cadeira—Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica. | José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| 4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa | Carlos Alberto de Lima. |
| 5. ^a Cadeira—Medicina operatoria. | Antonio Joaquim de Souza Junior. |
| 6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna. | José Dias d'Almeida Junior. |
| 8. ^a Cadeira—Clinica medica | Thiago Augusto d'Almeida. |
| 9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira—Medicina legal | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira—Hygiene | João Lopes da S. Martins Junior. |
| 14. ^a Cadeira—Histologia e physiologia geral | Vaga. |
| 15. ^a Cadeira—Anatomia topographica | Joaquim Alberto Pires de Lima. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica | { José d'Andrade Gramaxo.
Illydio Ayres Pereira do Valle.
Antonio d'Azevedo Maia. |
| Secção cirurgica | { Pedro Augusto Dias.
Dr. Agostinho Antonio do Souto.
Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|--|
| Secção medica | { Vaga.
Vaga. |
| Secção cirurgica | { João Monteiro de Meyra.
José d'Oliveira Lima. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica | Alvaro Teixeira Bastos. |
|----------------------------|-------------------------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciatas nas proposições.

(*Regulamento da Escola de 23 de abril de 1840, art. 155.º*)

À meu bom Pae

À vossa doença é uma nuvem
que encobre o sol da minha vida.
Se eu vos pudesse curar ainda
que fôsse á custa dos maiores
sacrificios, que feliz eu seria!

A minha extremosa Mãe

Ao vosso santo amor devo a
minha profissão.

Beijo-vos as mãos reconhe-
cido.

A MINHA IRMÃ

Tens sido para mim uma segunda Mãe. Não sei como pagar-te tanta dedicação.

A minha Esposa e a meus filhos

Amo-vos igualmente, o meu
futuro pertence-vos.

À memoria

de

meus irmãos

Saudade infinda.

AO MEU CONDÍSCIPULO

Dr. Antonio Ribeiro Seixas

Se meus irmãos existissem, os
seus nomes figurariam n'esta pa-
gina.

Ào meu querido amigo

Dr. Clemente Fernandes Falcão

Os vossos sabios e amigaveis
conselhos servir-me-hão de guia
no futuro.

Ào meu velho amigo

Joaquim Pereira Falcão

Amigos assim, são raros.

Aos meus inolvidaveis amigos

Dr. Cezar Augusto Freire de Andrade

Dr. José de Andrade Saraiva

Dr. Aurelio de Vasconcellos

Dr. Jeronymo do Couto Rosado

Recordações dos tempos de
Coimbra.



AO MEU AMIGO

Dr. Aurelia Mendes Guimarães

Um apertado abraço.

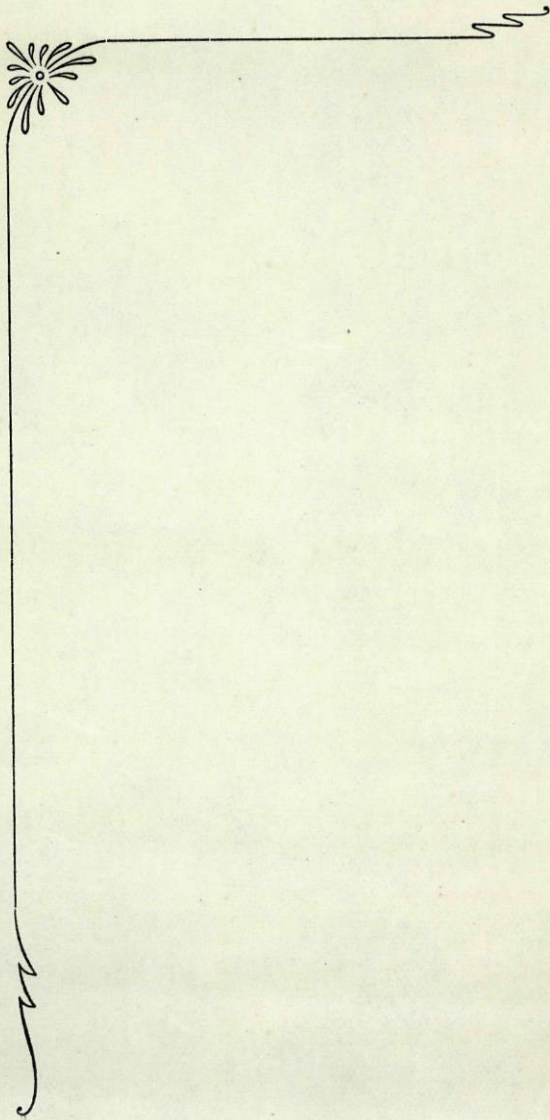
AO MEU CARO PROFESSOR

Dr. Thiago Augusto d'Almeida

Homenagem e respeito dum
discipulo agradecido.

Ào meu illustre Presidente de These

DR. CARLOS ALBERTO DE LIMA



Tendo de apresentar no fim do meu curso um trabalho escripto exigido por lei, resolvi aproveitar, no decorrer do 5.º anno, o caso clinico que se me deparasse mais interessante em relação ao ponto geographico que habitamos.

Escolhi, pois, como assumpto da minha these a ankylostomiase por me ter sido distribuido para estudo um dos raros exemplares que podem surprehender-se em hospitaes portuguezes.

E' a ankylostomiase pouco frequente entre nós, occasionando por consequencia pequenas perturbações no estado sanitario do nosso meio. Não quer isto dizer que, se não forem tomadas energicas medidas preventivas, a ankylostomiase não

venha a tornar-se em verdadeiro flagelo, attento o desenvolvimento progressivamente crescente que vae adquirindo a exploração dos abundantes minérios que constituem uma das riquezas do solo portuguez.

Como toda a vulgarisação scientifica tendente a evitar um perigo é sempre útil e louvavel por generosa, embora não seja profundo, eu supponho prestar um pequeno serviço, além de poder servir o meu trabalho, se outro valor não tiver, como incentivo a mais desenvolvidos estudos.

Sirva-me de desculpa para as difficiencias e incorrecções que certamente contém, a boa vontade de não produzir obra esteril.

Após um resumo do estudo da ankylostomiase em geral, apresento duas observações colhidas durante os dois ultimos annos lectivos, na Enfermaria de Clinica Medica — uma pessoal, outra fornecida pelo collega Mattos Vieira.

Ao terminar, seja-me permittido patentear aqui o meu mais profundo reconhecimento ao Ex.^{mo} Snr. Prof. Thiago d'Almeida, a quem devo a orientação d'esta ultima prova.

Ankylostoma

O ankylostoma é um nematodo pertencente ao grupo uncinaria, á tribu dos sclerostominios e á familia dos strongylideos. É branco roseo, cylindrico, um pouco adelgado para a frente, mas visto nas materias fecaes, immediatamente depois da sua expulsão, é perfeitamente roseo. O macho tem de comprimento 8 a 11 millimetros, a femea 10 a 18. Os machos são pouco mais pequenos do que as femeas e são tambem menos numerosos (um macho para tres femeas). Distinguem-se perfeitamente pela presença na sua extremidade caudal d'uma especie de corolla que é a bolsa copuladora. A cauda das femeas

termina em ponta. Ha duas especies de ankylostomas que podem viver como parasitas no homem: o ankylostoma duodenal e o ankylostoma americano. Distinguem-se essencialmente pela primeira porção do tubo digestivo, a capsula boccal.

No ankylostoma duodenal, descoberto por Dubini em 1843, a capsula boccal apresenta duas aberturas: uma anterior ou labial voltada para a face dorsal; outra posterior que se continua com o esophago.

Na abertura labial, do lado ventral, estão implantados quatro dentes curvos, dois de cada lado da linha media, que servem para a fixação do animal, e do lado dorsal dois pequenos dentes salientes um á direita outro á esquerda d'uma chanfradura pouco profunda protegida por uma lamina chitinsa de fórma triangular. No ankylostoma americano, a capsula boccal não tem dentes ventraes, mas apresenta em lugar d'ellas dois labios simillares proeminentes; existe dorsalmente um par de labios pouco desenvolvidos e dois pares de dentes conicos. Esta variedade foi descoberta por Stiles em 1902.

Todos os auctores concordam que o lugar

de fixação do ankylostoma é exclusivamente na mucosa do intestino delgado, mas uns dizem que é no duodeno, outros nos dois terços anteriores do jejuno e ainda outros no jejuno e no principio do illion. Mas seja como fôr, o que é certo é que o ankylostoma se fixa á mucosa pelos seus ganchos, fere-a e suga parte do sangue que se escôa da ferida; o resto espalha-se na cavidade do tubo digestivo.

O tempo que o ankylostoma pôde viver no intestino não é precisamente conhecido; uns dão-lhe como limite de vida alguns mezes, outros alguns annos.

Biologia. — As femeas do ankylostoma põem no intestino uma grande quantidade de ovos: Leichtenstern encontrou 18:900 n'uma gramma de materia fecal. Foi Grassi que, pela primeira vez, em 1878, revelou nas dejecções dos doentes a existencia dos ovos e descreveu o seu aspecto e caracteres. Elles são ovaes e apresentam, segundo o professor Blanchard, as seguintes dimensões: 55 a 65 μ de comprimento por 32 a 43 de largura.

Vistos ao microscopio, com uma pequena ampliação elles apresentam-se perfeitamente

ovaes: a curva desenhada pelo seu involucreo externo é perfeita raramente se deforma e isto é já uma característica.

Observados com uma grande ampliação com um pouco mais de luz, elles mostram-se sempre mais claros do que a materia que os rodeia.

A sua casca é bastante fina e transparente e não se lhe nota duplo contorno nitidamente perceptivel o que é d'uma extrema importancia para o diagnostico.

O contorno externo é d'uma regularidade mathematica emquanto que o interno é impossivel de distinguir apesar do protoplasma não se estender até ao limite do involucreo. A substancia central apresenta tambem caracteres d'uma nitidez notavel, que se modificam á medida que a evolução vae passando por estados successivos.

Ordinariamente, no momento da postura apparece sob a fórma de massas mais refringentes do que o involucreo, em numero minimo de duas ou tres, ligeiramente azuladas, unidas entre si por meio de linhas apenas esboçadas. No centro de cada uma d'estas massas, que se chamam blastomeros, vê-se um espaço no-

cleare mais transparente e grosseiramente circular.

Á medida que o desenvolvimento avança a quantidade dos blastomeros vae augmentando; quando a segmentação está completa diz-se que o contheudo do ovo constitue uma morula: é o estado morula. Este estado não dura muito tempo: apagam-se as divisões, a larva começa a desenhar-se: vê-se primeiramente a cabeça, depois todo o corpo, e por fim escapa-se da casca e circula livremente.

O diagnostico deve ser feito nas materias fecaes entre os ovos do ankylostoma, de que nós acabamos de expôr os caracteres e os d'outros parasitas intestinaes. O parasita que mais vezes se encontra juntamente com o ankylostoma é o tricocephalo; os seus ovos distinguem-se pelo seguinte: são fusiformes, menores, de côr vermelha ou cinzenta, protoplasma escuro, granuloso, sem divisão blaslo-dermica, casca mais espessa, e nos polos encontram-se dois esporões que parece desempenhar o papel de rolhas obturadoras.

Ascaris lombricoides. — Além d'outras differenças nota-se á sua superficie elevações arre-

dondadas que lhe dão o aspecto semelhante ao d'uma amora. Oxiuro vermicular.

Os seus ovos só tem um involucro que é liso e espesso, *mas com duplo contorno*. Vistos de frente mal se distinguem dos do ankylostoma, mas de perfil notam-se-lhes as seguintes diferenças: tem um lado ventral achatado, um dorsal arqueado, uma extremidade mais delgada do que a outra que lhes dá a fôrma d'um feijão.

Botriocéphalo. — Os seus ovos são perfeitamente ellypticos e a sua casca pouco espessa, é constituida n'uma das extremidades por um operculo cada vez mais nitido, á medida que vae progredindo o seu desenvolvimento.

O protoplasma de côr escura apresenta uma estructura cellulosa mal indicada que se conserva muito tempo sem modificação, porque a evolução, que se faz com extrema lentidão e unicamente na agua, exige muitas semanas e mesmo alguns mezes.

Tœnia armada ou solium. — Os seus ovos tem dois involucros: um exterior delgado, pouco resistente, que contém uma substan-

cia nutritiva clara, albuminosa, e que a maior parte das vezes já tem desaparecido quando se faz o exame microscopico.

Na massa albuminosa vê-se o ovo propriamente dito ou oncosphero: é globuloza, a casca espessa, escura e formada de fibras radiadas. O protoplasma é granuloso e contém seis ganchos, unidos dois a dois.

Tœnia inermis ou saginata.—Os seus ovos são maiores do que os da solitaria, mas têm o mesmo aspecto e a mesma fórma. O seu protoplasma não tem ganchos.

Evolução.—Para que os ovos do ankylostoma continuem a desenvolver-se é necessario que sejam expulsos do intestino e cheguem a um meio conveniente. O meio mais favoravel para o seu desenvolvimento é a lama ou terra humida, n'um logar arejada e a uma temperatura de 25 a 30°.

Depois d'um certo tempo de incubação, variavel com a temperatura, grau de humidade e aeração do meio, a larva escapa-se do ovo. Á sua sahida ella apresenta uma cabeça tribulada, corpo muito alongado e uma cauda

em ponta muito fina. É revestida em todo o seu comprimento por uma capsula que se distingue perfeitamente.

A cavidade buccal tubulosa, distincta e distante do orificio buccal da capsula, termina no esophago que offerece uma ampola exterior a qual se vae adelgaçando consideravelmente e vae terminar n'outra ampola musciosa, armada de tres dentes, chamada o bolbo esophagiano. O intestino é rectilíneo e vae terminar n'um anus que atravessa obliquamente a capsula, na base da cauda, um pouco abaixo d'uma saliencia: indicação summaria do aparelho genital. Tal é o primeiro estado larvario, chamado rhabditiforme.

O animal, n'este periodo come vorazmente e cresce muito depressa.

No terceiro dia perde a extremidade da cauda, mas continúa a mover-se e a crescer até ao setimo ou oitavo dia; depois desaparecem os dentes do bolbo esophagiano, o proprio bolbo e a capsula cobre-se de saes calcaeos tornando-a mais dura e resistente.

A este estado chama-se strongyloide. Para Herman o estado larvario por excellencia é o rhabditoide; o strongyloide, em que o intesti-

no é recto, só poderia ser adquirido no intestino do homem. A duração de periodo larvario é difficil de determinar, no entanto, diz Toth, a larva depois de encapsulada póde viver tres a cinco annos. As larvas no estado enkystado podem soffrer uma dissecação de vinte e quatro horas.

Precisa de oxigeneo para viver; a luz e uma temperatura superior a 30° e inferior a 18°, são-lhe prejudiciaes.

N'este estado, a larva, só póde continuar o seu desenvolvimento no intestino do homem.

Depois d'este ligeiro estudo sobre o parasita e sua biologia, vamos tratar da doença que elle produz: a ankylostomiase.

Ankylostomiase

A doença que hoje é geralmente conhecida pelo nome de ankylostomiase, nome que lhe foi dado depois da descoberta do seu agente productivo, é já muito antiga e era conhecida por nomes diversos nas diferentes regiões. Assim: na Europa chamava-se, *anemia dos mineiros, anemia dos tunneis*; no Egypto, *chlorose do Egypto*; nas Antilhas, *cachexia aquosa* ou *mal do coração dos negros*; no Brazil, *opilação* ou *cançacao*; na Africa, *anemia* ou *hypohemia intertropical*. Pondo de parte a origem d'estes diversos nomes, as causas que em cada uma d'estas regiões os antigos attribuíam á doença e a therapeutica que empregavam com

o fim de a combater, vamos estudal-a tal e qual ella hoje se nos apresenta. Hoje, ankylostomiase é uma doença especifica causada pela presença do ankylostoma no intestino delgado e geralmente caracterisada por uma anemia profunda.

Eteologia e pathogenia. — O agente pathogenico especifico da doença é, como já dissemos, o ankylostoma. Como penetra elle no organismo?

Póde entrar pela bocca e pela pelle. Pela bocca entre no geral juntamente com os alimentos porisso que os operarios raras vezes lavam as mãos antes das refeições. Até ha poucos annos julgava-se que era esta a unica via de penetração; foi em 1901 que o Doutor Loss annunciou que tendo deixado cahir n'um dos seus espaços interdigitaes um pouco de liquido larvifero, sentiu immediatamente vivas comichões, e que examinando esse espaço, viu que as larvas se tinham desembaraçado da sua capsula desaparecendo. Deduziu d'ahi a hypothese d'uma infecção pela pelle, hypothese que se confirmou, pois que passado algumas semanas encontrou os ovos do an-

kylostoma nas suas fezes. Como as larvas depois de encapsuladas podem soffrer uma dissecação de 24 horas, podem juntamente com as poeiras entrar pela via aerea, segundo nos parece. Mas seja qual fôr a porta de entrada, as larvas chegam ao intestino delgado e fixam-se á sua mucosa produzindo hemorragias.

Todos os operarios que trabalham nas minas podem ser attingidos; no entanto a ankylostomiase, observa-se sobretudo nos individuos debilitados e nos que vivem em más condições hygienicas.

Anatomia pathologica.—D'uma maneira geral, o corpo dos individuos mortos pela ankylostomiase não se encontra emmagrecido: póde mesmo conter uma abundante quantidade de gordura, mas a pallidez dos órgãos é extrema e os tecidos são exangues. O tubo digestivo apresenta particularidades notaveis.

Na mucosa do estomago encontram-se glandulas no estado de degenerescencia gordurosa mais ou menos accusada, mas é no duodeno, no jejuno e na parte superior do illion onde se vêem as lesões mais caracteristicas.

Se a autopsia é feita uma ou duas horas depois da morte, vê-se que os ankylostomas estão ainda agarrados á mucosa pela sua armadura boccal; um pouco mais tarde encontram-se desligados, mergulhados n'um liquido negro devido á presença de sangue mais ou menos atacado pelos muccos intestinaes depois da sua sahida dos pontos de incisão.

Nota-se na mucosa um pontilhado hemorrhagico, em que os elementos ás vezes estão tão apertados, que quasi se tocam, dando a esta o aspecto do crivo d'um regador. Estes elementos são constituídos por uma pequena ferida situada no centro d'uma mancha rosea lenticular, especie de papula ligeiramente proeminente, vermelho-escura, devida á extravasão sanguinea. É assim quando o lugar de fixação do parasita acaba de ser abandonado: mais tarde quando a ferida se fecha, não fica senão uma minuscula cicatriz escura. A inflammção, ás vezes muito notavel, revela-se por espessamentos, congestão e algumas vezes mesmo por uma erupção vesiculosa. Ao exame microscopico, além dos elementos lymphoides tão abundantes normalmente, encontra-se nas tunicas do entestino, uma grande

infiltração leucocytaria devida em grande parte aos eosinophilos.

O pancreas e o figado são muitas vezes attingidos de degenerescencia gordurosa ou amyloide. Os rins encontram-se amarellos e descorados. Os orgãos hematopoieticos apresentam tambem lesões, muito particularmente a medula dos ossos.

No cerebro, encontram-se ás vezes hemorragias capillares, não sómente na substancia cerebral, mas tambem nas meninges e principalmente na superficie interna da dura-mater. Citamos, para terminar, as suffusões serosas mais ou menos abundantes que se podem encontrar no pericardio, peritoneu, pleura e tecido cellular.

Symptomatologia e marcha da doença. — O principio é quasi sempre insidioso.

A larva penetrando pelo tubo digestivo ou pela pelle, chega ao intestino delgado, fixa-se á mucosa e depois de cinco ou seis semanas adquire o estado adulto. Passado este tempo é que se observam os primeiros symptomas. São perturbações digestivas variaveis: augmento ou diminuição de appetite, nauseas,

sensação de peso ou constrição no epigastro, dôres que se exageram pela pressão, colicas, meteorismo, constipação e, a maior parte das vezes, diarrhêa. Algumas vezes o gosto é pervertido e, n'este caso, os doentes comem coisas exquisitas, como trapos, bocados de madeira, terra, etc. As fezes são algumas vezes sanguinolentas, outras, apenas raiadas de sangue.

Ha dyspnea, palpitações, vertigens, pallidez e fraqueza. Tal é o quadro symptomatico inicial no caso de invasão lenta.

Á medida que a doença vai progredindo, o doente vai-se sentindo cada vez mais fraco, as perturbações digestivas mais accentuadas e a pallidez mais intensa. Não é raro apparecer n'este periodo febre, que póde ser frequente, regular ou intermittente, bronchite catharral e diversas erupções cutaneas.

Depois d'um tempo mais ou menos longo, a doença entra no periodo estacionario, que é caracterizado por todos os symptomas de uma anemia intensa. O doente queixa-se de cansaço, zumbido nos ouvidos, palpitações, vertigens, deminuição da agudeza visual, difficuldade das digestões, dôres de cabeça e abdominaes.

A mucosa e a pelle tornam-se extremamente pallidas, os pés e a região malleolar oedematisados e nota-se apathia mental e tendencia para a syncope. O aparelho cardiovascular soffre as mesmas modificações que nas anemias graves. No coração ouvem-se sopros inorganicos, particularmente na base; os vasos, sobretudo ao nivel do pescoço, são a séde de ruidos anormaes. Quanto ao pulso radial, é extremamente variavel: normal, pequeno, molle, desigual, acelerado, etc. O sangue offerece tambem particularidades notaveis. Nota-se primeiramente, deformação nos globulos rubros e diminuição do seu numero.

Esta diminuição póde ir até limites extremos. M. Combe, encontrou n'um caso apenas 990:000. Ha tambem diminuição na quantidade de hemoglobina.

Nos globulos brancos encontra-se um ligeiro augmento numerico.

Na formula leucocytaria verifica-se sempre um augmento mais ou menos notavel no numero dos polynucleares eosinophilos. Em todos os casos de parasitismo verminoso encontra-se eosinophilia, mas na ankylostomiase este facto torna-se muito mais caracteristico.

Sendo a percentagem normal 2 a 3 %, n'uma observação pessoal que apresento n'este trabalho encontra-se 5,98 %, e n'uma do collega Mattos Vieira 20,39 %.

A anemia produzida pelo ankylostoma dá á pelle e á mucosa uma côr de cêra, e, facto caracteristico, o doente não diminue de peso.

No caso de invasão rapida, que é muitissimo raro, sobretudo na Europa, a doença caracteriza-se por dôres abdominaes intensas, vomitos repetidos, diarrhêa e anorexia.

Diagnostic. — Os symptomas que acabamos de ennumerar podem-nos pôr em via de diagnostico, mas são insufficientes para podermos affirmar que se trata d'um caso de ankylostomiase. Se é certo que a anemia produzida pelo ankylostoma dá aos doentes uma côr caracteristica, *côr de cêra*, tambem é certo que essa côr pôde facilmente ser confundida com a amarellada dos sesonaticos ou amarello-palha dos cancerosos. A ankylostomiase não deve ser considerada como causa unica da anemia dos mineiros. Assim umas causas dependem das influencias geraes do meio: falta de ar e de luz etc.; outras de in-

fluencias profissionaes, variaveis segundo a natureza do trabalho e do minerio; outras ainda de influencias individuaes, quer congenitas (heriditariedade, diatheses), quer adquiridas e de ordem hygienica (excessos, alojamentos insalubres, má alimentação) ou pathologicas (convalescenças, rheumatismos, dyspepsia, doenças das vias respiratorias, urinarias etc). As perturbações digestivas e a eosinophilia, tambem podem fazer parte do quadro symptomatico d'outras doenças.

Para se fazer um diagnostico seguro, é essencialmente necessario que a analyse das fezes revele a existencia de ovos do ankylostoma.

Prognostico. — Quando o ankylostomiase evoluciona rapidamente o prognostico é grave, mas esses casos rapidos são muito pouco frequentes e observam-se sobretudo nas regiões tropicaes. Na Europa o prognostico da ankylostomiase é geralmente favoravel.

Complicações. — As mordeduras e os productos de secreção do ankylostoma, irritando e ferindo a mucosa intestinal, tornam-n'a mais

apta para se deixar penetrar quer por agentes microbianos; quer por substancias nocivas, tão abundantes no tubo digestivo; e a anemia paralyzando a potencia de reacção dos orgãos para todas as influencias nocivas de fóra, augmenta as propriedades offensivas d'estas, pela diminuição de resistencias indispensaveis. No primeiro caso assignalaremos as gastro-enterites, febre typhoide, dysenteria, etc.; no segundo, bronchites, pneumonia, rheumatismo, tuberculose e talvez a nephrite, porque é certo que a eliminação das toxinas segregadas pelo parasita fatigam o epithelio renal.

Emfim, nas creanças, Arslan, aponta ainda o rachitismo.

Tratamento. — Por ser a ankylostomiase uma doença muito espalhada, a pharmacopeia dos differentes paizes tem-se exgotado para lutar contra ella, e a lista dos medicamentos mais ou menos activos, que téem sido ensaiados e administrados, é longa e variada. Os medicamentos que melhor resultado téem dado são os que téem por base as propriedades anesthesicas e antihelminthicas do chloroformio e do extracto ethereo de feto macho. Na

administração d'estes medicamentos ha dois processos que são geralmente seguidos: processo de Herman e o de Malvoz e Lambinet.

Processo de Herman. — Administra-se ao doente, de manhã, em jejum, a seguinte poção:

Extracto ethereo de feto macho.	4 gram.
Chloroformio	3 gram.
Oleo de ricino.	40 gram.

Após dois dias de descanso, o doente ingere agua chloroformada em saturação ($\frac{1}{1000}$) a que se ajunta um purgante salino.

Agua chloroformada saturada .	400 gram.
Sulfato de soda	40 gram.

Para tomar n'uma hora por quatro vezes. Passados dois dias repete-se a poção, e depois de outros dois, administra-se-lhe a mistura acima indicada. O periodo de tratamento dura portanto oito dias.

Processo de Malvoz e Lambinet. — A' noite faz-se tomar ao doente a seguinte hostia purgativa:

Jalapa.	} ãa 25 centigram.
Calomelanos	

ou uma pilula de podophylino de cinco centigrammas.

No dia seguinte de manhã administra-se-lhe oito capsulas de cinco decigrammas de extracto ethereo de feto macho, e uma hora depois outras oito eguaes, ou seja ao todo oito grammas, dóse variavel segundo os individuos.

O doente deve conservar-se de cama para evitar nauseas, vomitos, vertigens, etc. Ao meio dia dá-se-lhe chá, café muito forte ou cognac, e ás duas horas da tarde uma refeição ligeira, mas substancial.

No dia seguinte, descanso. No terceiro dia, de manhã, dá-se-lhe a seguinte poção :

Extracto ethereo de feto macho.	4 gram.
Chloroformio puro	3 gram.
Glycerina neutra:	40 gram.

Para tomar por duas vezes com uma hora de intervallo. Repouso no leito até ás duas horas da tarde, seguido d'uma refeição ligeira.

O thymol é d'um emprego corrente nos tropicos, onde é preferido ao feto macho. A precaução principal a observar na administração d'este medicamento consiste em evitar a sua dissolução no tubo digestivo, afim de que não se produzam phenomenos consecutivos de absorpção e ao mesmo tempo de envenenamento. A sua solubilidade sendo muito fraca na agua, é muito grande no alcool, ether, glycerina, chloroformio e nos oleos. Os casos de intoxicação mortal resultante do esquecimento d'estas prescripções essenciaes, são bastante numerosos.

Como o thymol ás vezes produz vertigens, excitação, syncopes, vomitos e depois da sua absorpção as urinas se tornam negras, é necessario prevenir d'isto o doente e sua familia para seu socego. O thymol administra-se da seguinte fórma:

O doente na vespera do tratamento está a dieta lactea e tomará, antes de se deitar, um laxante. No dia seguinte de manhã, dá-se-lhe, na cama, trez o maximo quatro hostias de seis a dezoito decigrammas de thymol. Cinco horas depois da ultima dóse, se elle não tiver evacuado, dá-se-lhe um purgante leve.

O doente só se deve levantar á noite e tomar uma ligeira refeição. É raro que este tratamento produza por uma só vez a expulsão da totalidade dos parasitas; se depois d'uma semana de descanso o exame microscopico revelar ainda a presença de ovos característicos, é preciso submeter o doente a outro tratamento ou a varios tratamentos.

A anemia será tratada, como todas as anemias, por meio de preparações de base hemoglobínica, tónicos, ferruginosos, injeções de sôro e cacodylato.

Prophylaxia. — A prophylaxia consiste essencialmente no seguinte: 1.º *Assegurar a desinfeção das minas*; 2.º *evitar novas invasões*; 3.º *proteger os mineiros indemnes*; 4.º *curar os mineiros attingidos*.

Desinfeção das minas. — A desinfeção de uma mina póde conseguir-se por trez processos: pela destruição directa dos ovos e das larvas do ankylostoma por meios chimicos, pela extincção da humidade e pelo abaixamento da temperatura. Uma mina de pequena extensão póde ser desinfectada por meios chi-

micos empregando para esse fim, além d'outras substancias, o lysol a 5 0/0, o acido sulfurico 25 0/0 e a agua salgada a 30 0/0; mas quando ella é muito extensa este processo não se deve empregar, não só por ser bastante dispendioso, mas tambem pouco pratico. Sabendo nós que as condições indispensaveis para o desenvolvimento dos ovos e das larvas do ankylostoma são a terra humida e uma temperatura entre 18 e 30°, o melhor processo para assegurar a desinfecção d'uma mina será —combater a humidade e abaixar a temperatura.

Uma seccura absoluta tornaria impossivel a evolução extra-organica do parasita, mas favorecia tambem o levantamento de poeiras, que ó conveniente evitar.

No entanto é necessario uma seccura tal que os charcos de agua estagnada, tão propicios á pullulação larvaria como as lamas, não se podendo extinguir na totalidade pelo menos sejam tão raras quanto possivel. É evidente que, quando uma mina é naturalmente humida, só difficilmente se póde tornar secca; n'estas condições, o que se deve fazer é impedir tanto quanto possivel a estagnação das aguas,

limpar o solo e retirar as lamas. Quando uma mina tem muita agua abrem-se valas, d'um lado e d'outro do pavimento das galerias, que tenham uma inclinação sufficiente, para lançar as aguas n'um tanque commum, que possa ser esvasiado por meio de bombas.

Este systema, que theoreticamente parece simples, é ás vezes na pratica d'uma realisação impossivel, por causa de grandes declives que é necessario vencer. No entanto, quando se poder applicar, produz os melhores resultados.

Como acabamos de vêr, a desinfecção das minas, por qualquer dos processos indicados, só se póde conseguir em certas e determinadas circumstancias. Como desinfectar as minas em todas as circumstancias?

Por meio d'uma ventilação energica. A ventilação energica não só combate a humidade como tambem abaixa a temperatura, que é outra condição prejudicial ao desenvolvimento dos ovos e das larvas do ankylostoma.

Evitar novas infecções. — Para o conseguir é necessario o seguinte:

1.º Instalar latrinas em numero sufficiente, obrigar os mineiros a dejectar n'essas latrinas, e desinfectar immediatamente as materias fecaes.

O acido sulfurico e o sublimado em solução concentrada são recommendaveis para esse effeito.

2.º Não admittir nenhum mineiro novo sem prévio exame das suas materias fecaes.

3.º Fazer um exame periodico aos mineiros antigos.

Proteger os mineiros indemnes.— Antes de cada refeição, os mineiros devem lavar cuidadosamente as mãos em agua filtrada, fervida ou salgada, havendo para esse fim lavatorios em numero sufficiente. Fóra das refeições devem ter o cuidado de não tocar com as mãos na bocca e trabalhar calçados. Só beber agua filtrada ou fervida.

Á sahida da mina construir-se-hão casas proprias para os mineiros tomarem banho e mudarem de roupa, afim de não propagarem a doença. Devem instruir-se os mineiros, por meio de cartazes e conferencias ácerca dos perigos da ankylostomiase.

Curar os mineiros atingidos.—Isolam-se os doentes em dispensarios creados especialmente para este fim, e trata-se por qualquer dos processos já indicados. O dispensario consta do seguinte: uma sala de doentes, uma sala de consulta, uma sala de defecação, uma cozinha e um laboratorio.

O pessoal compor-se-ha de um ou varios medicos, creados de laboratorio e enfermeiros. Tal deve ser, nas suas linhas geraes, a profilaxia efficaz que permittirá luctar contra a invasão do ankylostoma.

OBSERVAÇÕES DE CLINICA MEDICA

I

(Obs. pessoal)

Delfim Correia, filho de João Cardoso e de Olypia Augusta, natural de Tarouca, solteiro, creado de servir, de 23 annos de idade, entrou para o Hospital geral de Santo Antonio em 21 de março de 1909, esteve na enfermaria de S. José até 2 de abril, d'onde foi transferido para a enfermaria da Escola.

EXAME DO DOENTE. — O que principalmente feriu a minha attenção, quando péla primeira vez examinei o doente, foi a intensa pallidez da sua pelle e das mucosas.

Interrogando-o, queixou-se-me do seguinte: fraqueza geral, dôres principalmente na cabeça e nas pernas, zumbido nos ouvidos, perturbações da vista,

palpitações, muito appetite, e diarrhêa com fezes escuras.

Passando ao exame dos diferentes apparatus encontrei as seguintes anormalidades:

APPARELHO CIRCULATORIO.— Pulso hypotenso e frequente (95 pulsações), sopros em todos os focos cardiacos, mas mais intensos no mitral, pulso jugular, e um ruido especial nas veias do pescoço.

APPARELHO DIGESTIVO.— Lingua pallida e saburrosa, dôres na região epigastrica, que augmentavam á pressão.

No apparatus respiratorio e urinario não encontrei nada.

O doente apresentava-se magro, mas a sua magreza não era exagerada.

HISTORIA DA DOENÇA.— Diz o doente que foi para o Brazil em Maio de 1906, e esteve no Pará onde exerceu varias profissões.

Exerceu primeiramente a profissão de taberneiro, a qual abandonou passados tres dias, para entrar no hospital, onde esteve dezoito dias, afim de se tratar de febre amarella.

Depois exerceu successivamente as seguintes pro-

fissões: hortelão, um anno; padeiro, tres mezes; creado, quatro mezes; taberneiro, cinco mezes.

Antes de exercer pela segunda vez a profissão de taberneiro era bastante córado; logo, porém, que entrou para a segunda taberna a sua côr começou a faltar-lhe e a sentir-se fraco.

N'essa taberna bebia agua d'um poço bastante sujo.

Depois de estar ahi algum tempo começou a sentir-se cada vez mais fraco, a ter dôres de cabeça, vomitos, diarrhêa, e perturbações na vista, que um dia o fizeram cahir.

Vendo-se n'aquelle estado, entrou novamente para o hospital, onde esteve dezoito dias.

Passado esse tempo vendo que não melhorava pediu alta e veio para o Porto, entrando passado pouco tempo para o hospital.

DIAGNOSTICO. — Em virtude do estado anemico do doente, requisitei a analyse do sangue, ao Laboratorio da Escola, que deu o guinte resultado:

Hemoglobina	23 %
Globulos rubros	1.114:000
Globulos brancos	19:800

Formula leucocytaria:

Polynucleares neutrophilos	67,77 %
Polynucleares eosinophilos	5,98 »
Mastzellen	3,98 »
Lymphocytos.	19,87 »
Grandes mononucleares	1,66 »
Mononucleares eosinophilos	0,33 »

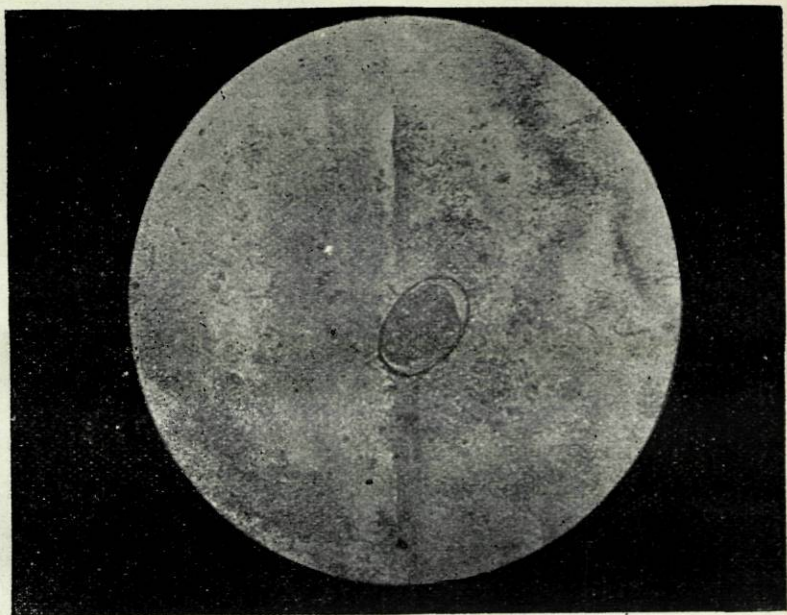
Globulos rubros muito deformados e descórados.

Examinando o resultado d'esta analyse, vê-se que, além d'outras anormalidades, ha uma eosinophilia bastante pronunciada.

Como a eosinophilia denuncia a maior parte das vezes uma infecção parasitaria intestinal, e o doente vinha do Pará, foi requisitada a analyse das fezes com a indicação dos ovos do ankylostoma, que foram encontrados.

A analyse confirmou o diagnostico de ankylostomiase préviamente estabelecido.

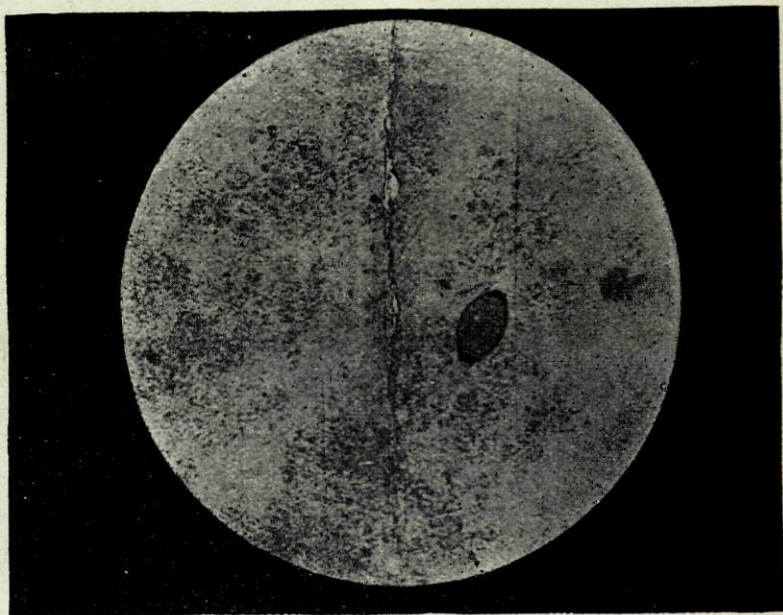
O resultado da analyse assim como a photographia dos ovos encontram-se nas duas paginas seguintes.



Ovo do Ank. duod.



Ovo do Ank. duod. Ampl. 200 d.



Ovo do trich. dispar

GABINETE DE BACTEREOLOGIA

Amostra n.º 1082

Fezes n.º 4

Analyse qualitativa n.º 835

Nome do doente e numero da tabella—Delfim
Corrêa, 1.409.

Certifico ao Professor de Clinica Medica que a
analyse d'este producto deu o resultado seguinte:

Ovos de ankylostoma duodenal bastante nume-
rosos e alguns raros ovos de tricocephalus dispar.

Não revelou estes mesmos parasitas, nem no es-
tado adulto nem larvado.

Em 15 de Abril de 1909.

Senna Cabral.

Escola Medica.

ETIOLOGIA E PATHOGENIA. — A causa da doença era sem duvida o ankylostoma. É muito natural que as larvas d'este parasita se encontrassem no poço que existia na segunda taberna onde o doente esteve, e que elle as ingerisse juntamente com a agua.

Como já sabemos, os ovos do ankylostoma desenvolvem-se admiravelmente na agua estagnada.

As larvas chegando ao intestino delgado fixam-se pelos seus ganchos á mucosa produzindo hemorragias, e aqui temos a causa da anemia.

As perturbações digestivas eram produzidas pela irritação da mucosa, provocada não só pelas mordeduras do parasita, mas tambem pelas toxinas que elle segrega.

O processo de evolução dos ovos e das larvas já foi exposto quando tratamos da ankylostomiase em geral.

MARCHA DA DOENÇA. — Até á applicação do extracto ethereo de feto macho, que foi o medicamento empregado para combater o parasita, a doença esteve sensivelmente estacionaria, a não ser os sopros cardiacos que iam augmentando de intensidade.

Depois d'esta applicação o doente começou a melhorar.

Quando sahiu do hospital, em maio de 1909, não

ia completamente curado (porisso que o tratamento da anemia devia ser bastante moroso attendendo a que era uma anemia intensa), mas bastante melhorado.

Durante todo o tempo que estive no hospital raras vezes fez febre, mas quando a fazia a elevação thermica era pequena.

TRATAMENTO. — O tratamento tinha que satisfazer a estas duas indicações: destruir o parasita e combater a anemia.

Para destruir o parasita applicou-se o extracto ethereo de feto macho da seguinte forma: de manhã, oito capsulas, uma de cinco em cinco minutos, com cinco decigrammas de extracto ethereo de feto macho e cinco centigrammas de calomelanos.

Para combater a anemia: injeções de cacodylato de soda, de cacodylato de ferro, de sôro physiologico, e ultimamente protoxalato de ferro em hostias.

II

(Obs. de Mattos Vieira)

Elysio Baptista dos Reis, filho de José dos Reis, com 16 annos de idade, trolhá, natural de Taboão. Entrou para a enfermaria da Escola no dia 20 de Julho de 1909.

EXAME DIRECTO.—O doente impressionou-me logo pelo seu aspecto: as faces tinham a côr de cêra, eram regularmente nutridas, as conjunctivas e as escleroticas denunciavam tambem uma anemia bastante intensa. As gengivas apresentavam vestigios da orla cinzento-azulada de Burton, signal caracteristico da intoxicação saturnina, cujo apparecimento era justificado pela profissão do doente. O emmagrecimento dos braços com atrophia dos musculos do ante-braço contrastava com o estado dos membros

inferiores que, com excepção do membro inferior esquerdo que estava um pouco tumefacto, não apresentavam emmagrecimento nem atrophias musculares. Os ganglios inguinaes do lado esquerdo estavam infartados e o abdomen era doloroso á pressão.

INTERROGATORIO.— Perguntando-lhe de que se queixava disse-me que tinha dôres no ventre e uma diarrhêa sanguinea com tenesmo, tendo dias de mais de dez dejecções, de consistencia molle, por vezes semi-líquidas, com uma côr escura, muco-sanguinolentas e pouco abundantes. Ha mais de trez mezes que está assim, não cedendo a diarrhêa a nenhuma medicação, nem melhorando com o regimen alimentar adequado. A tumefacção da perna e do pé esquerdos ha bastante tempo que a tem, havendo, porém, periodos em que se apresentavam quasi normaes, coincidindo com intervallos em que a diarrhêa era tão intensa.

HISTORIA DO DOENTE.— Aos oito annos foi para o Pará d'onde regressou aos 16. Ha dois annos começou a profissão de trolha e pouco depois começou a sentir as primeiras manifestações da doença. Em pequeno soffreu de rheumatismo e no Pará tivera sesões; diz que só se lembra de ter tido um accesso.

Não tem Pae nem Mãe. A Mãe morreu com uma febre, e o Pae não o chegou a conhecer. Tem irmãos que são saudáveis.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA.—Durante os primeiros quinze dias em que observei o doente, notei a seguinte symptomatologia: diarrhêa sanguinea com puxos e dôres abdominaes generalizadas; dôres de cabeça, pulso fraco. Os ganglios inguinaes do lado esquerdo infartados e o membro inferior correspondente, principalmente perna e pé, tumefacto e doloroso á pressão, augmentando todas as vezes que se levantava do leito. Até ao mez de Dezembro apresentou quasi sempre o mesmo quadro symptomatico. A's vezes o numero de dejecções chegou a elevar-se a doze e mais, mantendo-se assim durante trez ou quatro dias, voltando depois a cinco ou seis. As dôres abdominaes persistiam, assim como a tumefacção do membro inferior esquerdo e engorgitamento ganglionar da virilha. Não havia hypertrophia do figado, a temperatura era normal, apparecendo de longe a longe umas pequenas alterações á tarde. O facies característico d'um anemico. Além do aspecto do doente os symptomas que mais nos despertaram a attenção eram a diarrhêa quasi constante, não cedendo a medicações algumas em certas occasiões, inclusivé ao opio e ao bismutho,

e as atrophias dos musculos do ante-braço. Durante todo o tempo em que esteve na enfermaria da Escola, nunca o doente passou tão mal como no mez de Novembro. No meu diario de observações notei que a diarrhêa foi aguda e duradoira. Não houve um só dia em que as dejecções fossem de consistencia dura, mas sempre semi-liquidadas e muco-sanguinolentas. Nos primeiros quinze dias do dito mez dejectava em media trez a cinco vezes por dia. Nos restantes quinze dias elevou-se a media a seis e sete vezes.

As dores abdominaes augmentaram, a tumefacção do membro inferior esquerdo tambem, e o engorgitamento ganglionar da virilha tornou-se muito doloroso sendo necessario applicar-lhe pomada gayacolada; apresentava tumefacção e tensão das bolsas com dôres nos testiculos, dores de cabeça, enfraquecimento geral com tachycardia, oscillando entre 105 a 120 pulsações por minuto; durante este mez a temperatura á tarde elevava-se de $0^{\circ},2$ a $0^{\circ},3$.

N'essa occasião foi requisitada a analyse do sangue, pois que a das fezes já se tinha feito e não tinha revelado parasitas intestinaes, principalmente aquelle que nós procuravamos, o ankylostoma duodenal. A analyse deu, como se verifica pelo boletim transcripto, o resultado seguinte:

Boletim de analyse quantitativa n.º 298 — Sangue

Nome do doente e n.º da tabella—Elycio Baptista Reis—n.º 120.

Hemoglobina.	35 %
Globulos rubros por mm ³	4.336.000
Globulos brancos por mm ³	16.488

FORMULA LEUCOCYTARIA

Polynucleares neutrophilos	61,40 %
Polynucleares eosinophylos	20,39 »
Grandes mononucleares	4,61 »
Lymphocitos	13,35 »
Myelocitos	0,24 »

Em 22 de Novembro de 1909.

Manuel Pinto.

Laboratorio Nobre da E. Medica.

Como o resultado da analyse das fezes tivesse sido negativo sob o ponto de vista da presença de ovos do ankylostoma, e o doente continuasse a apresentar toda a symptomatologia d'um caso de ankylostomiase, foi mais tarde requisitada nova analyse, sendo esta feita no Laboratorio do Prof. Alberto de Aguiar. D'esta vez a analyse revelou não só ovos do ankylostoma como tambem anguilulas intestinaes.

Boletim da analyse qualitativa de fezes

Apresentadas pelo Prof. Thiago d'Almeida e pertencente ao doente Elyσιο Baptista dos Reis (tabella 120, Clinica Medica).

Certifico que nas fezes do doente Elyσιο Baptista dos Reis se encontram numerosas larvas vivas e muito moveis de *anguilula intestinales ou strongyloides intestinales* (*anguilula stercoralis*) associada a ovos (mais raros) de *ankylostoma duodenalis*. As fezes são liquidas, amarellas, bastante gordas e não necessitam ser centrifugadas para encontrar aquelles agentes (nomeadamente a anguilulas stercoralis) tal a sua abundancia. Caracterisavam-se ainda sob o ponto de vista microscopico por uma abundancia extrema de *crystaes de Charcot-Leyden*, alguns muito volumosos e absolutamente typicos e cuja importancia semeiotica está intimamente relacionada com a helminthiase.

N. B.—Tendo examinado mais tarde estas mesmas fezes (depois da medicação pelo feto macho) encontrei muito menos ovos do ankylostoma, mas abundancia de anguilulas. As fezes continham numerosos leucocytos, muco, e cellulas epitheliaes mais

ou menos degeneradas, elementos que possivelmente dependiam da irritação medicamentosa, e ainda bastantes crystaes de Charcot-Leyden, tendo ainda occasião de observar accidentalmente em uma lição pratica de pathologia geral na Escola Medica, algum tempo depois de se ter instituido, como me informaram, uma medicação pelo tymol já não encontrei ovos de ankylostoma e eram muito raras e inertes as larvas d'anguilula.

Laboratorio Medico.

Porto, R. da Restauração, 356.— 30 de Junho de 1910.

Prof. Alberto d'Aguiar.

Em face do resultado da analyse das fezes, que veio confirmar o diagnostico clinico, instituiu-se immediatamente o tratamento appropriado, começando por administrar ao doente o extracto ethereo de feto macho na dose de quatro grammas com quarenta centigrammas de calomelanos.

Isto foi a 7 de novembro. Como acima fica dito, esse mez foi aquelle em que a diarrhêa foi mais intensa, especialmente desde o dia 25 até ao dia 30.

Durante esse dia o numero de dejecções foi o seguinte: dia 26—7; 27—10; 28—9; 29—6; em dezembro já diminuiu, tendo no dia primeiro uma, no dia 2—6, no dia 3—5 e no dia 4—4: d'ali em diante até ao dia 15 desceu a uma ou duas por dia. No dia 19 voltou a diarrhêa sanguinea. N'essa occasião começaram as férias e não pude colher esclarecimentos até ao dia 3 de janeiro.

Não tendo desaparecido por completo a diarrhêa sanguinea, e apresentando o doente quasi a mesma symptomatologia, começou-se o tratamento pelo thymol, tomado da seguinte forma: de vespera esteve o doente só a leite e tomou 3 hostias de senne e calomelanos (0,25 de senne e 0,15 de calomelanos), uma de hora a hora.

No dia seguinte tomou 1,25 de thymol em leite

na dóse de 0,25 de cada vez e com intervalo de duas horas.

O tratamento pelo thymol foi feito no dia primeiro de janeiro. O numero de dejecções durante os primeiros 15 dias foi de 2 e 3, a maior parte das vezes ainda de consistencia molle.

O doente melhorou alguma coisa, porém, não tanto como era de esperar; porisso no dia 16 de janeiro renovou-se a dóse do extracto ethereo de feto macho, tomado da mesma fórma que da primeira vez e desde então a diarrhêa, durante o resto do tempo que o doente se demorou no hospital diminuiu de uma maneira consideravel e as fezes deixaram de ser sanguinolentas. Não continuou com a dieta lactea, comia de tudo, tinha appetite e não sentia dôres. As ulcerações rectaes desapareceram, o estado geral melhorou bastante, de modo que no dia 31 de janeiro pediu alta, ausentando-se com bom resultado do tratamento instituido contra o mal que, d'uma fórma tão alarmante, lhe ia minando a existencia.

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO. — Trata-se, sem duvida, d'um caso de ankylostomiase. Este diagnostico justificado pela presença de ovos do ankylostoma com a associação da anguilula intestinal não é vulgar.

A presença d'estes parasitas no intestino do doente manifestara-se pelas perturbações digestivas, acima indicadas; dôres epigastricas e abdominaes generalizadas, colicas com diarrhêa sanguinolenta.

O sangue que córava as fezes apparecia no intestino pelas picadas na mucosa intestinal produzidas pela tromba armada de quatro ganchos, que o nematode apresenta na sua extremidade anterior.

A anemia, como já disse, dava á face do doente o aspecto da cêra; a pallidez da pelle e das mucosas era accentuadissima. Ora um dos elementos que nos fez suspeitar da ankylostomiase, foi na analyse do sangue, a percentagem muito elevada do polynucleares eosinophilos, muito frequente nas doenças parasitarias.

TRATAMENTO.—Tinha por fim sempre suspender-lhe a diarrhêa sanguinea e tonifical-o tratando-o da anemia. Para isso esteve constantemente no uso do arsenio quer em poção (poção de arseniato de soda), quer em injecções hypodermicas (cacodylato de soda e cacodylato de strychnina). Estas injecções eram em série de dez com intervallos de vinte dias e mais.

Por causa da diarrhêa tomou diversos medicamentos, mas só depois do tratamento pelo extracto ethereo de feto macho é que se suspendeu.

No dia 7 de novembro tomou quatro grammas de extracto ethereo de feto macho e quarenta centigrammas de calomelanos da maneira seguinte: oito capsulas, uma de cinco em cinco minutos, com cinco decigrammas de extracto ethereo de feto macho e cinco centigrammas de calomelanos. A diarrhêa não tendo cessado por completo recorreu-se ao thymol, 1g,25 em leite na dóse de 0g,25 de cada e com intervallos de duas horas. Deu algum resultado mas não tanto como era de esperar.

Porisso, no dia 16 de janeiro, repetiu-se o feto macho com que melhorou bastante e foi o ultimo medicamento que tomou até á sua sahida.

PROGNOSTICO.— O doente sahiu bastante melhora-do, comtudo creio que ainda conservará alguns parasitas no intestino, o que só poderiamos verificar por uma analyse cuidadosa das fezes. Se bem que já ficasse prevenido de que se a diarrhêa voltasse, repetisse a dóse de feto macho, o que elle actualmente precisa de tratar, mas com todo o cuidado, é a anemia.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A materia prima para o estudo de anatomia devia vir da «Morgue» e não do hospital.

Hystologia — Só considero cellulas com membrana aquellas que na transição para o meio ambiente apresentam ao microscopico duplo contorno.

Physiologia — O pulmão é uma glandula de secreção interna.

Pathologia geral — A febre é a mais util reacção do organismo e, como tal, profundamente respeitavel.

Anatomia pathologica — O atheroma é a causa mais frequente dos aneurysmas.

Therapeutica — Nas creanças, salvo indicação especial, empregarei como purgante os calomelanos.

Pathologia externa. — O diagnostico seguro d'algumas fracturas do femur só pôde fazer-se com o auxilio dos raios X.

Medicina operatoria — Para o bom resultado de uma laqueação é indispensavel o prévio conhecimento do estado das paredes do vaso.

Pathologia interna — Só a analyse das fezes auctorisa o diagnostico da ankylostomiase.

Partos — A mulher gravida é uma auto-intoxicada.

Hygiene — A quantidade de agua necessaria para o abastecimento d'uma cidade não depende só do numero de habitantes.

Medicina legal — A obrigatoridade da autopsia em todos os casos de morte sem assistencia medica, se fosse effectiva, terminaria com a prejudicialissima classe dos curandeiros.

Visto.
Carlos Lima,
Presidente.

Póde imprimir-se.
A. Brandão,
Director Interino.