

PALESTRAS

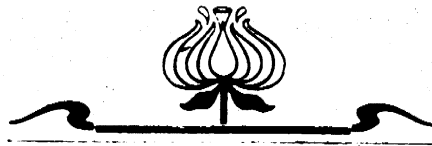
SOBRE AS

Molestias das Creanças

Realizadas no
Dispensario do Instituto de Assistencia á Infancia do Rio de Janeiro
(em 1906)

PELO

Dr. Moncorvo Filho



Rio de Janeiro

Typ. da Pap. PORTELLA - Rua do Rosario, 107

1906

I.^a PRELECCÃO

PHYSIOLOGIA E HYGIENE DA INFANCIA

Senhores,

Accedendo aos reiterados pedidos que me fizestes, vou começar hoje as minhas palestras de uma maneira methodica, partindo do mais simples para o mais complexo, do geral para o particular, rapidamente vos fornecendo as imprescindíveis noções de physiologia e hygiene infantil para que facilmente possais comprehender e interpretar os diferentes estados pathologicos, que nos offerece a nossa clinica neste Dispensario.

Antes do mais, porem, devo definir o que seja *Pediatria*.

Como se sabe, a Pathologia encerra varios ramos, dos quaes faz parte a pathologia infantil.

A designação *Pediatria* é para muitos impropria, devendo dizer-se, segundo alguns especialistas—*Pai-depathia*—e conforme quer Letamendi—*Pediatrica*—do genetivo grego—*Paides*—criança, unido a *iatrike*—medicina—que quer dizer *Medicina das creanças*.

A *Pediatria* só de certo numero de annos a esta parte, constituiu-se um ramo autochtone da Pathologia, começando então a comprehender-se quantos segredos encerra ella e quão differentes se mostram as molestias

(A Prelecção estenographada pelos estudantes do 5.^o anno do Curso Medico, Srs. Antonio Pinto Nunes, Cintra e Gastão de Oliveira Sandoval.

do adulto e da creança, variando consequentemente a therapeutica de um e de outro.

Nestes ultimos tempos a Pediatria adquiriu real progresso, chegando até a ser creada a *Puericultura*, parte especialissima da hygiene infantil. Principalmente a Pinard, Budin, Marfan, Strauss e Variot, devem-se trabalhos de valor sobre tão interessante assumpto, chegando mesmo Pinard a dividir a *Puericultura* em *Puericultura intra uterina* e *Puericultura extra-uterina*, esta a que estuda a creança depois do nascimento.

Por outro lado a philantropia e a beneficencia muito tem concorrido para auxiliar o desenvolvimento adquirido pela Pediatria, tendo aquellas por sua vez procurado resolver magnos problemas scientificos, o seu aperfeçoamento attingido a conseguir, por exemplo, a altruistica creação de *Restaurants gratuits para as amas de leite* ou o chamado *Preventorium*, instituição destinada exclusivamente a prophylaxia da tuberculose infantil.

Multiplicam-se por toda a parte as «Gottas de leite», as «Consultas para recém-nascidos», as «Escolas Maternas», as «Crèches», os «Dispensarios», etc. etc. e a creação do *Instituto de Protecção e Assistencia à Infancia* que me louvo de haver levado a effeito, é uma vehemente prova dos serviços que pôde prestar uma casa de caridade como esta, em que se cultiva tambem o exercicio e o ensino da Pediatria. O valor de todas estas instituições em que se cuida da saúde e da vida das creanças, entregando a sociedade individuos fortes e sadios, em bem da Patria e da familia, não precisa ser realçado.

Deverei mais tarde falar-vos tambem da therapeutica infantil que tem caminhado a passos avantajados, bastando citar vos a valiosissima descoberta da srotherapia da diphteria, que só ella conseguiu reduzir a mortalidade de 85% a 15% e mesmo a 5%, como provam os que tem ensaiado o soro descoberto por Bhering e Roux.

Aproveito o ensejo desta citação para salientar o grande concurso que á Pediatria tem trazido a bacteriologia que lhe tem emprestado não pequeno pro-

gresso. Haja vista entre muitos outros estudos, os que se hão procedido com relação a flora microbiana do intestino da creança, aos germens das anginas, das supurações, da tuberculose, etc.

PHYSIOLOGIA DA INFANCIA

Para que bem possais comprehender as noções, embora elementares, que vos desejo transmittir, torna-se mister conhecerdes em primeiro logar como se dividem as edades da infancia. Nesse ponto de vista cada autor interpreta a seu modo as differentes epochas da vida da creança: Luiz Agotte trata com cuidado do assumpto no seu bello livro «La salud de mi hijo» perfilhando a divisão em quatro periodos: o do recém-nascido que vae do nascimento até a queda do cordão umbelical, isto é, até o 5º ou 7º dia; o 2º, 1ª Infancia, que vae do momento da queda do cordão até a sahida dos dentes da primeira dentição, correspondendo ao periodo que vae até o fim do primeiro anno; o 3º, 2ª Infancia, aquelle que vae do fim da primeira até a segunda dentição, isto é, até os sete annos e finalmente o quarto periodo que vae da segunda dentição a puberdade.

Deve-se notar, a bem do methodo de estudo, que nem sempre se pôde cingir a essa divisão: ella serve todavia para que se obtenham os conhecimentos geraes referentes a physiologia, a hygiene e a pathologia da infancia.

Os senhores tem ouvido falar em *recém-nascidos*. Convem que se saiba o que devemos entender sob essa denominação. Tem variado algo o modo de interpretação acerca desse periodo da vida.

E' assim que muitos pensam que a idade do *recém-nascido* deve ir até a queda do cordão, mais ou menos, no 7º dia.

Depaul considera como *recém-nascido* o pequeno ser humano até quando se opera a cicatrização do cordão umbelical no 15º ou 17º dia e Copasso, pediatra italiano, que o prazo deve ser até a segunda semana da vida extrauterina. Para Parrot toda a cre-

ança deve ser considerada como *recem-nascida* até a idade de 3 mezes, havendo autores que pensam que esse período deva ser elevado até a primeira dentição.

Quanto a *primeira infancia* ha accôrdo geral. Todos concordam que ella vá até os 2 annos e meio ou 3 annos em que se completa a primeira dentição. A *segunda infancia* vae dessa idade até a adolescencia.

Depois de conhecidas essas ideias geraes sobre as epochas da vida da creança, vou falar-vos das principaes funcções de organismo da creança, cujo estudo apresenta summo interesse.

Respiração.—Todos os senhores sabem que o feto na vida intra uterina não respira porque disso não tem necessidade: elle recebe directamente de sua genitora o sangue oxygenado proprio para a sua nutrição, tornando-se de fôrta o nascituro um verdadeiro parasita daquella. Seus pulmões não contem ar atmosphérico, nisto se baseando até a docimasia hydrostatica pulmonar, de grande valor nos estudos de medicina legal.

Logo porém que o feto vem a luz do dia e que é ligado o cordão umbilical, da-se a primeira inspiração e o primeiro vagido e com elles a entrada pela primeira vez do ar nos pulmões. Desde então a respiração se processa continua, porém irregularmente.

Os movimentos respiratorios nas creanças principalmente nas primeiras edades são muito mais accelerados do que no adulto. E' de grande interesse este conhecimento para que não seja tomado como de natureza pathologica o que é puramente physiologico. O numero de movimentos respiratorios varia a medida que a creança caminha em idade. E' normal no recém-nascido o numero de 36 a 60 movimentos respiratorios por minuto.

Huffelman, em seu magnifico livro sobre hygiene infantil, forneceu uma tabella organisa da de accôrdo com a sua observação. Segundo elle, no nascimento, a creança deve ter 35 movimentos respiratorios; com um anno, 27; com dous annos, 25; com seis annos, 22 e com doze annos, 20. Para o adulto Huffelman consagra o numero de 15 a 17 movimentos respiratorios por minuto.

Quanto aos typos respiratorios, todos os senhores sabem que na mulher é observado o *typo costo-superior* e no homem o *costo-inferior*; na creança porém se encontra o *typo abdominal ou diaphragmatico*.

Eis aqui uma creança que servirá de exemplo. Trata-se de um menino de um mez de idade e no qual se encontram 48 movimentos respiratorios por minuto. Esse augmento é devido a uma toxi-infecção digestiva, que tendo acarretado febre, justifica um certo exagero no numero de movimentos respiratorios que o affasta levemente do estado normal.

Todas as funcções do recém-nascido estando em relação com o seu estado de nutrição, facil é comprehender porque certas funcções nelle se acham mais ou menos activas.

Circulação.—Resumirei o mais que puder os principaes phenomenos da circulação nas creanças.

Na vida intauterina como já foi dicto, parasita, que é o feto de sua genitora, o sangue que é hematosado na placenta, chega ao organismo fetal por intermedio da veia umbelical, dividindo-se logo em duas correntes; a uma que se dirige por intermedio do canal venoso inferior canal de Aranzio e d'ahi chegando a auricula direita pela veia cava inferior; b a outra, accessoria segundo ramo da veia umbelical que atravessa o figado, segundo as ramificações da veia porta e das veias suprahepaticas para chegar definitivamente á auricula direita; a veia cava superior para ali acarreja o sangue da cabeça e das extremidades superiores. O sangue da veia cava inferior vae ter tambem a auricula direita, durante a vida fetal passando em sua quasi totalidade pelo orificio de Botal para a auricula esquerda e não para o ventriculo direito pelo obstaculo opposto pela valvula de Eustachio e o tuberculo de Lower.

Da auricula esquerda segue o sangue para o ventriculo esquerdo, cahindo depois no systema arterial.

O sangue venoso da cava superior e uma certa quantidade que não haja passado pelo orificio de Botal, vae ter ao ventriculo direito para, em seguida, lançar-se na arteria pulmonar e pelo canal arterial na

aorta, onde juntamente com o sangue que vem do ventrículo esquerdo, entra na circulação geral distribuindo-se então pela cabeça e pelos membros indo convergir para os vasos da placenta arterias umbilicaes que o leva novamente para o organismo materno.

Uma vez cortado e ligado o cordão umbilical, os vasos deste obliteram-se, segundo Theremin só desaparecendo por completo ao cabo de onze a trinta dias o canal venoso de Aranzio e o segundo ramo da veia umbilical.

Vou agora dizer-vos algumas palavras sobre a persistencia do orificio de Botal e do canal arterial.

Todos os senhores conhecem o orificio de Botal existente entre as duas aurículas do coração fetal. Depois do nascimento este orificio oblitera-se, ficando separadas as cavidades auriculares. O prazo da oclusão da-se em tempo mais ou menos afastado do nascimento, não concordando os autores a este respeito, acreditando uns que elle vá até a 1ª ou 2ª semana, apoz o nascimento.

O Dr. Costa Alvarenga poudo organizar uma estatística que deve aqui ser citada. Em 213 autopsias de creanças de 1 a 2 annos somente em 8 encontrou o orificio obliterado. Parrot fez a mesma verificação n'uma porporção de 6 ou 7 por cento, segundo necropsias que praticou em 62 creanças menores de 2 annos. González Alvarez em suas investigações verificou a oclusão no prazo de 10 a 15 dias e Theremin affirmou que, em 80 % dos casos, o orificio se obliterou aos 3 mezes. Meyer em 41 % de necropsias de adultos verificou o orificio de Botal sob a forma de fissura, encontrando-o ainda aberto numa mulher de 65 annos.

Em relação tambem ao canal arterial, que communica a arteria pulmonar com a parte descendente da crôssa da aorta, a sua obliteração faz-se, apoz o nascimento, tendo alguns autores observado sua persistencia até a 3ª semana da vida extrauterina, para muitos como Billard, Brière, Costa Alvarenga e Parrot a obliteração do canal coincidindo com a do buraco de Botal.

Ao passo que esses órgãos desaparecem, outros como a arteria pulmonar adquirem gradativamente maior desenvolvimento.

Quanto a constituição do sangue é interessante o que se passa no recém-nascido: ha uma paula de hemalias inferior a do adulto, notando-se que o numero de leucocytos é muito maior, sendo de 12.000 por millimetro cubico. Ora, senhores, quem não conhecesse bem esse facto, veria no sangue de uma creança, em estado hygido, uma leucocytose, que representa no entanto uma condição perfeitamente normal.

O pulso nos primeiros dias deve revellar de 135 a 140 pulsações diminuindo progressivamente esse numero a medida que a creança cresce. A proposito mostro-vos a presente tabella aceita por muitos observadores e que indica que no nascimento se encontram de 138 a 140 pulsações: nos primeiros mezes, de 130 a 135; do 3º ao 8º mez, 120 a 125; do 1º ao 2º anno 115 a 120, sendo encontrado na creança de 6 annos 100 pulsações por minuto.

Para o adulto, como sabeis, o numero de batimentos varia de 70 a 80 por minuto.

Convem saber que todos esses numeros podem variar, conforme a creança está em repouso, dormindo, agitada ou chorando.

Nem tudo, porem, na infancia se mostra mais exagerado que no adulto. Assim a tensão arterial que no adulto eleva a columna de mercurio a cerca de 200 millimetros cubicos, na infancia ascende somente a 110.

Calorificação—Ella é mais elevada nos primeiros tempos da vida, sendo geralmente de 37.4 a 37.5 centigrados no feto apoz o nascimento, variando sempre conforme o estado e desenvolvimento da creança.

Nas creanças precoces a temperatura do corpo pode ser de 35 e mesmo de 36 graus, d'onde resaltam as inconcussas vantagens das *incubadoras*,apparelhos que, bem sabeis, servem para manter as creanças sob uma atmosfera de 30º a 35º, em quanto não attingem o desenvolvimento necessario para volverem a viver nas condições mezologicas normaes.

2.^a PRELECCÃO

PHYSIOLOGIA DA INFANCIA

Devo proseguir hoje no estudo da physiologia da infancia em seus traços geraes, visto que nem o tempo nem as condições em que o programma foi traçado me permitem fazer um estudo muito detalhado. Continuarei a fazer uma synthese dos conhecimentos em questão.

Digestão. — Tratarei mais demoradamente da digestão, quando me occupar com a alimentação, desejando agora tratar sómente da questão sob o ponto de vista geral.

Antes do mais, deve ser noção precisa que o tubo digestivo do recém-nascido é rudimentar, está em pleno desenvolvimento, suas funções tornando-se progressivamente complexas.

Ha ausencia de dentes, isto é, os brótes dentarios ainda não atravessaram a gengiva; a função salivar é pouco desenvolvida, começando a creança a babar sómente de certa idade em diante. O estomago é pequeno e vertical e não como o do adulto, que apresenta a disposição quasi horizontal.

Outra cousa para a qual desejo chamar a attenção dos senhores é para a conformação especial do intestino do recém-nascido, que apresenta varias dilatações, com facilidade retendo os gases, o que justifica as colicas nelles tão communmente observadas. Quando a creança é magra percebe-se na parede do ventre o intestino beselado.

Quanto a capacidade do estomago na creança nos

primeiros tempos da vida, pode-se referir as seguintes medidas approximadas.

Na primeira semana apoz o nascimento sua capacidade é de 50 centímetros cubicos ou cerca de 4 colheres de sopa; na segunda semana é de 70 a 75 centímetros cubicos ou sejam de 6 a 8 colheres de sopa; na terceira ou quarta semana é de 105 a 120 c. c., mais de meio copo d'agua; no segundo mez é de 150 c. c.; no terceiro mez é de 170 c. c. e assim por diante até o sexto mez em que elle pôde ter a capacidade de 200 ou 300 c. c. ou quasi um copo d'agua. No primeiro anno, comporta de 510 a 400 c. c. isto é, meia garrafa approximadamente.

D'aqui, sênhores, se pôde inferir uma serie enorme de conhecimentos para a clinica pediatrica.

Passemos a estudar agora a alimentação. Sabem todos os senhores que o recém-nascido só pôde digerir alimentos liquidos. Os seculentos não são digeridos ou o são difficilmente. Em geral os alimentos solidos não podem ser também digeridos.

A saliva tem poder saccharificante sobre os alimentos e elle é crescente com a idade; a *baba* da creança não é mais do que o resultado da secreção das glandulas salivares.

Quando a creança ingere o leite, este soffre a acção chimica da saliva e também a acção dos microbios da bocca. Ao nascer o feto tem a bocca quasi esteril; logo depois porém a flora microbiana vai augmentando com a idade.

Depois do leite ter soffrido a acção da saliva é deglutido e cae no estomago, ali se transformando em uma massa homogenea de aspecto floccoso, esbranquiçado. Essa coagulação depende do grão de alcalinidade do leite, sendo maior quando se trata do leite humano. Passando essa massa para o intestino é mais tarde eliminada sob a forma de fezes. Deve-se porém dizer que, no estomago, o bôlo alimentar soffre a acção do acido chlorhydrico, que é considerado como antiseptico. Muitos physiologistas dizem que o assucar é transformado em acido lactico. No intestino, onde a parte aquosa do bôlo alimentar é absorvida, além de outras secreções que sobre elle actuam, ha o succo pancreatico, que, segundo Comby, apparece na quarta semana da vida.

O estomago, segundo Czerni, gasta uma hora e meia

cu duas horas para esvaziar-se, podendo a secreção chlorhydrica persistir até duas horas e meia, apoz a ultima mamadura. D'hi deve-se prever que, si se multiplicarem as mamaduras o acido se esgotará, não soffrendo o bôlo a sua acção benéfica e é por isso que, as mamaduras muito repetidas acarretam perturbações e a mór parte das vezes graves, tanto mais que o acido chlorhydrico tendo uma acção antiseptica, o bôlo alimentar nessa emergencia della se verá privado.

O figado tem importante papel na digestão, sendo elle mais volumoso na infancia do que no adulto e a secreção biliar mais activa, servindo para emulsionar as gorduras e tendo também segundo muitos physiologistas acção antiseptica sobre o intestino.

Excreções. — Urina. Essa é a primeira excreção de que tratarei. Segundo alguns autores a creança pode urinar antes de nascer, derramando-se a urina no liquido amniótico. Logo depois do nascimento a primeira quota de urina eliminada é geralmente de 10 c. c. Nos dias que se seguem essa quota augmenta, sendo a urina excreta na proporção dos alimentos ingeridos, notando-se maior actividade renal no quarto e quinto mezes. Os caracteres da urina normal são: densidade 1.002 a 1.005, clara, transparente e com reacção neutra.

Pôde haver sedimentos: epithelios, acido urico, oxalato de calcio e de sodio, uréa de 2 a 3 grammas por litro, chloruretos, phosphatos e sulfatos, em doses minimas.

Os elementos da urina dependem do regimen alimentar ministrado a creança.

Evacuação. Logo que a creança nasce, emite pelo orificio oboral uma substancia escura, quasi preta — o meconio — que o povo chama *fezrado*. O meconio é constituído por gordura, bile, mucosidades e fragmentos de epithelios. A quantidade emitida varia entre 50 a 150 grammas. O que se dá em relação á urina também se dá em relação ao meconio: elle pôde ser eliminado antes do nascimento do feto, misturando-se com o liquido amniótico, o que representa um perigo para a creança.

Todos os parteiros, quando por occasião do rompimento das boças, o liquido vem misturado com meconio, signal de que o parto é demorado e a vida da creança periga, activam em geral o trabalho de parto, procurando

muitas vezes uma terminação mais rápida pelo emprego do *forceps*.

O meconio vai se modificando, passando do preto ao verde escuro, verde claro, succedendo-se fezes amareladas escuras, tornando-se depois da cor amarella ouro ou de gemma de ovo. Nos primeiros dias a creança deve ter de 2 a 3 evacuações diárias. Aqui estão os senhores em presença de uma creança de um mez e que no entanto só evacua com clysters; trata-se porem de um caso pathologico, de uma atonia intestinal.

Alguns autores admittem que as creanças possam ter normalmente as fezes esverdeadas. Não parilho *in totum* dessa opinião. Acho que a creança no estado normal não deve ter as fezes esverdeadas, mas sim amareladas, semi-fluidas e repetidas 2 a 3 vezes por dia, desde que seja o aleitamento natural.

Quando as fezes se mostram esverdeadas é muito possível que a nutriz tenha uma dyspepsia, uma toxinfecção intestinal latente, uma nephrite, uma metrite ou um outro estado morbido que passe despercebido, capaz porém de acarretar uma eliminação maior de toxinas pelo leite do seio. A mudança de nutriz nesses casos demonstra a suspeita, modificando-se logo o aspecto das fezes da creança. Um caso muito recente relatado por Jegourel, discipulo de Variot, é nesse sentido sobremente instructivo. Em nossa clinica os senhores tiveram já occasião de ver alguns desses factos bastantes demonstrativos.

Vou discutir agora uma questão muito importante. Ao nascer, o feto traz um inducto sebaceo protector. Lavada nessa occasião, sua pelle torna-se avermelhada. Devo chamar a vossa attenção para o facto de apresentarem os filhos dos pretos, ao nascer, a pelle branca ou quasi branca, só apparecendo o pigmento com o desenvolvimento posterior da creança.

Depois do nascimento a creança, ao mesmo tempo que vai perdendo de peso, soffre uma descamação physiologica da pelle, phenomeno que se inicia do 4º ao 8º dia. A pelle tem pouca actividade nos primeiros tempos da vida e a proposito devo lembrar aos senhores a questão da transpiração cutanea nas creanças.

Transpiração. Lendo-se os tratados de molestias de creanças ver-se-ha que muitos autores asseveram que

a creança não transpira. Nós que clinicamos em clima quente, affirmamos categoricamente o contrario. Gonzales Alvarez, notavel pediatra hespanhol, por exemplo, insiste que a creança não transpira. Vogel dizia que o recém-nascido só transpira depois da quarta semana. Camerer conseguiu colher em um seu filho 98 grãos de suor. O que é exacto é que em nosso clima a transpiração cutanea dos recém-nascidos é incontestavel.

E' facto sabido que a pelle do recém-nascido resiste pouco ás infecções e aos microbios, o contrario do que se dá com os adultos; essa fraca resistencia da pelle na infancia explica a frequencia das dermatosas nas primeiras edades.

Devo dizer-vos que nas creanças ha uma grande actividade para o lado das produções cutaneas normaes; os cabellos crescem muito, formando muitas vezes cachos. O tecido cellular sub-cutaneo é parco no renascido, a pelle é enrugada. A medida que a creança cresce (1ª infancia) a camada adiposa augmenta, as formas então vão se tornando arredondadas e graciosas. E' notavel o papel que exercem na creança as grandes pregas naturaes, como as inguinæes, as axillares, as do pescoço e do cotovello as quaes tem papel physiologico especial. Além da funcção dos movimentos servem de protecção aos traumatismos, promovem a defeza contra o resfriamento, facili diante da transpiração e representam funcção evidente nos actos da nutrição intersticial.

Gonzales Alvarez dá muito valor aos ganglios lymphaticos dessas regiões; para elle essas pleiades ganglionares funcionam como glandulas eliminadoras de toxinas de origem endogena. E' desta sorte que se pôde explicar a frequencia das efflorescencias cutaneas, do intertrigo, chamado vulgarmente *assadura*, e que muitas vezes se cura pela therapeutica gastro-intestinal, pela administração de antisepticos intestinaes que agirão destruindo ou attenuando a elaboração dos venenos.

E' preciso não esquecer então que a pelle excreta metilamina, trimeilamina, acidos: valerianico, butyrico, caprico, etc., que explicam muitas vezes o odor da exhação cutanea ao nível das axillas, por exemplo.

Fontanelas. — Vu garmente chamadas *melleas*, são espaços membranosos que separam os ossos da abobada do craneo da creança: existem duas fontanelas:

a anterior e a posterior. Pouco depois do nascimento a fontanella posterior desaparece persistindo a anterior. O seu estudo é importante. A fontanella anterior, no nascimento da creança, tem a dimensão de tres centímetros, em seu maior diametro, sendo ella de fôrma mais ou menos losangica. A fontanella anterior desaparece geralmente do 14º ao 18º mez; em casos mórbitos porém pôde persistir mais tempo ou desaparecer antes, precocemente como se diz. Persiste no rachitismo e mais communmente na hydrocephalia. Na microcephalia a fontanella é exigua ou desaparece muito precocemente, podendo mesmo os ossos apresentarem-se soldados desde o nascimento. Devo dizer que, no rachitismo, as fontanellas podem ficar bombeadas, como que recalçadas em varias affecções outras, phenomenos que dependem do augmento ou da diminuição do liquido cephalo-rachidiano.

Alguns autores verificaram em casos de fontanella bombeadas, batimentos e o *sopro cephalico*. Quando a fontanella mostra-se recalçada, estamos muitas vezes em face de uma diminuição do liquido cephalo rachidiano acarretada por varios estados pathologicos em sua maioria de não pequena gravidade (debilidade congenita, athrepsia, gastro-enterite, cholera infantum, etc.)

Nota-se tambem a soldadura muito precoce nos idiotas, nos individuos tarados por nevropathias, etc.

Dentes.— Todos os autores declaram que o retardamento dentario está sempre em relação com os estados morbidos anteriores da creança. Mas isto não parece ser perfeitamente exacto, visto que a observação demonstra muitas vezes até a precocidade da dentição em creanças taradas. A proposito, eis a estatistica por mim organizada e já publicada nas theses neste Dispensario elaboradas pelos Drs. Jonas Deocleciano Ribeiro e Manoel Velho Py.

IDADE	CREANÇAS NÃO HEREDO SY- PHILITICAS	CREANÇAS HEREDO SYPHILITICAS	SO MMAS
15 dias	0	1	1
1 mez	0	1	1
2 mezes	2	0	2
3 »	7	12	19
4 »	20	36	56
5 »	19	43	62
6 »	39	79	118
7 »	25	39	64
8 »	33	37	70
9 »	29	40	69
10 »	11	34	45
11 »	11	19	30
12 »	17	53	70
13 »	10	16	26
14 »	3	4	7
15 »	0	3	3
16 »	0	9	9
18 »	1	0	1
21 »	0	1	1
24 »	0	1	1
3 annos	0	1	1
	227	429	656

Devemos dizer que ha dentes congenitos, aquelles com que já nascem as creanças e os dentes prematuros, dentes que nascem 15 dias depois do nascimento ou na idade de 1, 2 e 3 mezes. Os dentes da primeira dentição são 20: oito incisivos nascem primeiro os medianos inferiores) 4 premolares dos 12 aos 18 mezes: 4 caninos dos 18 aos 24 mezes e 4 molares (dos 2 annos em diante). Verifica-se que elles nascem na proporção de um por mez.

Systema nervoso. — Elle é de grande actividade na infancia. Os reflexos mostram-se muito exaggerados, donde a facilidade dos espasmos, das convulsões, etc.

As funcções da vida de relação são rudimentares; a creança no começo da vida extra-uterina dorme, mama, chora, urina e defeca, podendo-se dizer que ella passa quasi todo o tempo dormindo. Suas funcções são pouco

a pouco desabrochando. A principio nota-se o sorriso inconsciente; com um mez e idade a creança começa a ver e a ouvir.

Tenho ouvido algumas mães dizerem de seu filhinho: «meu filho ouve». Dizem isto porque observaram que ao cair de um objecto ao chão, a creança estremece; é um simples reflexo...

Depois do primeiro mez começa a conhecer o que se passa ao redor de si; sólla mais tarde pequenos gritos. Depois apparece a sensibilidade. a creança então já sorri, até que no 6º mez ella começa a distinguir e conhecer melhor as pessoas que a cercam; com 7 ou 9 mezes balbucia os primeiros monosyllabos e depois inicia seus primeiros passos. Aos dois annos começa a ligar as palavras, construindo phrases.

A intelligencia desenvolve-se mais ou menos rapidamente conforme as condições individuaes. Nos imbecis, nos idiotas e outros é manifesto o retardamento. Nos individuos portadores do ankylogrosso (alongamento do freio da lingua) torna-se muitas vezes necessaria a intervenção cirurgica para que possam bem falar. Tambem podem acarretar um retardamento na palavra, as molestias agudas de que não raro são victimas as creancinhas na primeira infancia. Dizem os autores, mas resta provar, que a palavra nas meninas apparece com mais precocidade do que nos meninos.

Marcha.—Ella tambem varia conforme multiplas circumstancias como o aleitamento, as molestias agudas ou chronicas e sobretudo as taras hereditarias. Na syphilis, no mal de Pott, nas encephalopathias e outras affecções, a marcha é por vezes muito retardada e segundo alguns observadores as creanças aleitadas naturalmente andam mais precocemente do que as submettidas a alimentação artificial.

3. Prelecção

Physiologia da Infancia

Segundo o programma que tracei devo terminar hoje o estudo synthetico da physiologia infantil, pelo estudo do *crescimento* e da *altura* das creanças. Antes do mais devo dizer que, por motivos diversos, prefiro denominar ambos estes estudos pelo nome de *Puerimetria*, neologismo por mim introduzido na sciencia.

Puerimetria é, segundo a definição por mim dada, a parte da Puericultura que estuda o desenvolvimento physico da creança, sob os seus multiplos aspectos, pelo estudo do peso e da altura em relação com as raças, as edades, os estados morbidos, a herança, etc.

Puerimetria, como bem fez notar o Dr. Pedro Basilio, em sua these de doutoramento, é um termo hybrido, do latim *pueris* (creança) e do grego *metron* (medida), medir a creança.

Chamo *Puerimetro* ao aparelho de minha invenção e destinado a pesar e medir immediatamente e com segurança qualquer creança desde a idade do nascimento até 15 annos, indicando no mesmo momento, por dispositivo que nelle existe, as medias normaes para as diferentes edades e o peso que devem ganhar as creanças nas diferentes phases da vida.

A *Puerimetria*, segundo minha orientação, póde ser dividida em *normal* e *pathologica*. Quando os dados que ella nos fornece são colhidos em creanças no estado hygido, ella se diz *normal*; quando ao contrario se trata de proceder a essas verificações em creanças doentes ou portadoras de heranças pathologicas, far-se-ha a *puerimetria pathologica*. A primeira interessa como se vê a prophylaxia e a hygiene; a segunda a hygiene e a pathologia infantis.

Com relação ao historico da Puerimetria direi que Roederer, em 1753, foi o primeiro que se lembrou de pesar as creanças. D'ahi em diante outros medicos se entregaram mais ou menos detidamente a esses estudos, devendo ser nesse sentido citado Chaussier, Quetelet, Natalis Guillot, que em 1852 fez estudos muito aprofundados, Vinckel, Bouchaud, Foisy, Tardieu, Budin, Tarnier, Duncan e outros. Vê-se, pois, que desde 1753 já se foi dando valor ás pesagens das creanças.

Poderia estender-me longamente acerca do historico da questão; iria entretanto dest'arte fatigar a vossa attenção.

Com relação aosapparelhos de medida e de pesagem, também não me deterei em descrevel-os porque encontrareis na these do Dr. Ugolino Penteadó (trabalho original deste Instituto) estampas que dão melhor idéa do que a mais minuciosa descripção.

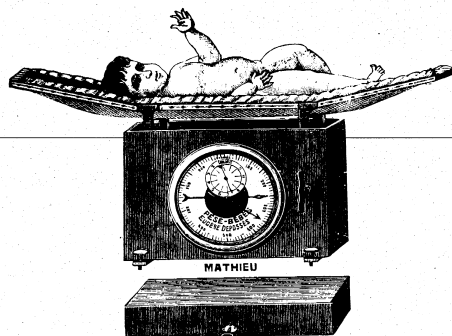


FIG. 1

Pèse-Bebes Desfossés

A principio usava-se da simples fita metrica e da balança comum, que não podiam preercher as precisas indicações. Com a fita primitiva difficil era conseguir-se uma medida exacta, como tambem difficil era pesar uma creança em uma simples concha da balança ordinaria. Muitos autores pensaram, pois, em modificar esses processos simplificando-os e d'ahi um certo numero de apparelhos terem apparecido. O primeiro usado na pesagem das creanças foi o *Mecometre de Chaussier* (*meco, comprimento, metron, medida*). Esse apparelho está hoje abandonado; é antiquado. Depois foram adoptados os *Pèse-bebés*, merecendo ser citados os de *Desfossés, Bouchut, Soutils* e o de *Groussin*. Não vale a pena descrevel-os, pois que na these do Dr. Ugolino Penteadó, de que já vos falei, encontram-se as suas descripções acompanhadas de estampas. Por essas estampas que aqui reproduzo (Figs. 1, 2, 3 e 4), podereis vêr que esses appare-

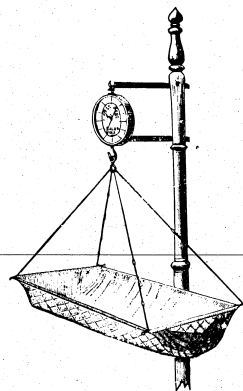


FIG. 2

Pèse-Bebes Bouchut

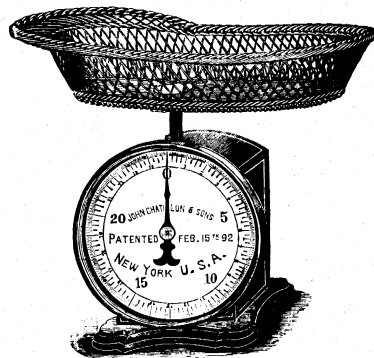


FIG. 3

Pèse-Bebes Soutils.

lhos são incompletos, sendo que uns só se prestam para a pesagem de recém-nascidos, outros não apresentam praticabilidade; quanto a altura esses aparelhos não fornecem dado algum. Foi depois de

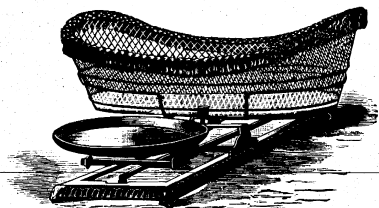


Fig. 4

Pése-Bébés Groussin

estudos profundos e demorados que eu, vendo a necessidade da execução de um aparelho que servisse para a pesagem não sómente do recém-nascido mas também de crianças de todas as edades, isto é, desde o nascimento até a puberdade, e que também fornecesse ao mesmo tempo a taxa da estatura, tive a idéa do modelo do aparelho que ora vos apresento. (Figs. 5, 6 e 7).

Cumprê notar que a minha idéa é ainda mais simples do que se vê no modelo; este puerimetro que ahi está foi construido nas officinas da Companhia de Lactínicos, e graças a uma generosa offerta do Dr. Sá Fortes feita a este estabelecimento.

Pela descripção do Puerimetro e que já conheceis, facil é comprehendêr o seu funcionamento. Qualquer individuo pôde, como se vê, manejar o aparelho.

Eu construi, após as mais demoradas observações, o quadro que serviu de tabella para o aparelho que ora vos apresento. Elle representa o resultado da pesagem methodica e durante longo tempo, de um numero não pequeno de crianças, desde o recém-nascido até a idade de 15 annos, estudo este feito em nosso clima. E' a escala mais completa que existe.

As de outros autores são mais restrictas.

A de Quetelet, por exemplo, vai de 1 a 15 annos, tendo, porém, um salto do nascimento ao 1º anno, enquanto que a minha dá, no

1º anno de existencia a media em todos os mezes (do 1º anno) e d'ahi em diante em todos os annos até os 15. A de Bouchaud refere-se apenas aos 12 primeiros mezes.

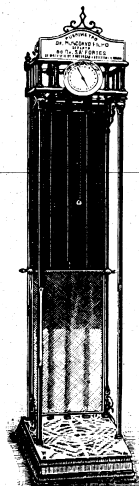


Fig. 5

Puerimetro (Moncorvo Filho)
(Em posição para a passagem
das crianças maiores
de 1 anno)

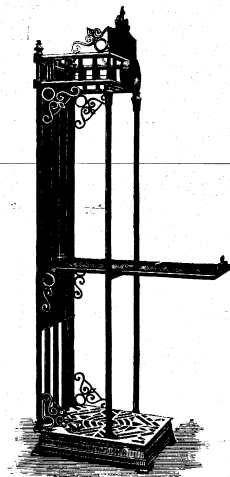


Fig. 6

Puerimetro (Moncorvo Filho)
(Em posição para pesar
crianças menores
de 2 annos)

Da mesma fórma a de Lauro de Franco. A de Fleischmann e a de Gerhard dão apenas o augmento em peso que a criança mensalmente ganha durante o 1º anno de existencia. A de Marfan vai até os 22 mezes.

Outros levaram mais longe os seus estudos indicando as pesagens semanaes, apenas construindo tabellas até a idade de poucos mezes.

A prioridade da descoberta de um aparelho completo de pesagem e medida de crianças me cabe.

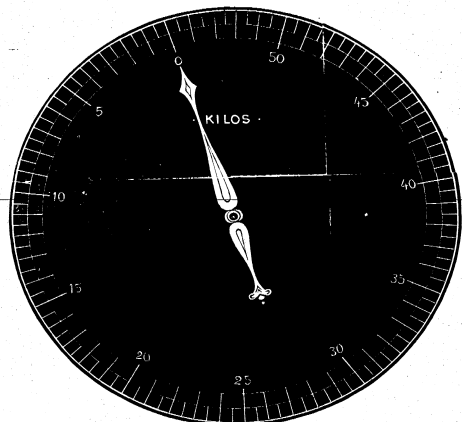


FIG. 7
Puerimetro (Moncorvo Filho)
(Quadrante que indica o peso)

Por um excesso de modestia muito natural em nós brasileiros, não quiz delle tirar um privilegio. Tendo sido o meu aparelho construído em 1901, e havendo em Junho de 1903 communicado a invenção ao V. Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, tive o desprazer de ler uma communicação do illustre pediatra francez Dr. Variot, em Dezembro de 1904 dirigida á Academia de Medicina de Paris, na qual descrevia o seu aparelho, que denominou *Pedimetro* (Fig. 8), baseado nos mesmos principios do meu.

Elle fez uma resenha dosapparelhos até então inventados, silenciando o meu, chamando de arte para si a propriedade da invenção.

A chronologia dos factos permittiu que o Dr. Ugolino Penteadó procurasse em sua these reivindicar os meus direitos.

Não dou a descripção do *Pedimetro* de Variot, porque a sua descripção é obscura. Ella tem, porém, os mesmos intuitos que o meu, apresentando porém dispositivo differente.

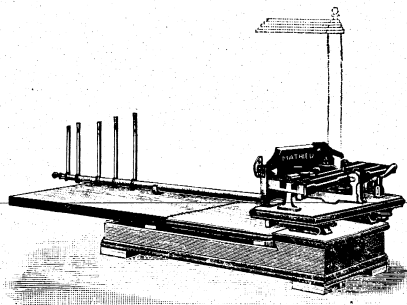


FIG. 8
Pedimetro Variot

Puerimetria normal.

O crescimento do ser humano é lento e progressivo. Desde o momento em que se fórma no útero materno até o estado adulto, o organismo tem um crescimento perpetuo quasi insensível, não sendo simplesmente um augmento de volume, mas um complexo de modificações progressivas e regulares. O *desenvolvimento funcional* está, pois, na dependencia do *desenvolvimento physico*, o *desenvolvimento intellectual* seguindo em grande parte o *desenvolvimento organico*, donde a influencia de muitos estados morbidos sobre a evolução do individuo.

Já foi visto que as differentes épocas da vida não são igualmente interpretadas por todos os observadores que a dividem diversamente, sendo que a divisão perfilhada por Luiz Agote, como em tempo já disse, é a que aceito. Elle divide a vida em quatro períodos.

- 1.º Do nascimento até a queda do cordão.
- 2.º Desta até a sahida dos primeiros dentes (1º anno).

3.º Desta até a segunda dentição (7 annos).

4.º Desta até a puberdade (13 a 14 annos).

Devo dizer que o feto ao nascer traz uma media de peso de 3 kilos. Este numero soffre, porem, variação. O Dr. Ugolino Penteado em sua these, mostra que, na Maternidade do Rio de Janeiro, a media tirada sobre sobre 209 fetos foi de 2.890 grammas; na Maternidade da Faculdade de Medicina, a cargo do professor Augusto Bradão, em 196 fetos tem sido de 3.265 grammas; finalmente, na Maternidade da Santa Casa, a cargo do professor Feijó, em 37 fetos a media foi de 3.169 grammas.

Os senhores veem por ahi que, aqui mesmo em nosso clima, tem variado as observações. E' certo que em muitos casos se observa o peso de 4 e 5 kilos na creança ao nascer, já tendo eu visto factos desta ordem neste Dispensario. Elles são, porém, exceptionaes.

Odier citou o caso de uma creança que tinha ao nascer 6 kilos. Caseaux, em seu tratado de partos, refere um de 9 kilos, quer dizer o peso que geralmente tem a creança com a idade de um anno.

Esses casos são, como disse, exceptionaes e difficilmente são acreditados, porque é realmente assombroso ver-se uma creança apresentar 9 kilos ao nascer !

O peso do recém-nascido pôde ser inferior ao normal, e é assim que se tem visto creanças precoces apresentando ao nascer até menos de um kilo. Em um feto de seis mezes e meio que aqui neste Dispensario submitti a uma das nossas incubadoras, verifiquei o peso de pouco mais de 900 grammas. São sempre creanças mal nutridas, precoces ou inviáveis as que apresentam um peso tão exiguo.

Ainda hontem tive occasião de ver em meu consultorio particular uma creança de dous mezes apresentando o peso de 2 kilos, tendo tido ao nascer a taxa normal (3 kilos). Tratava-se de uma creança que perdeu o peso por motivo de molestia. O facto é observado em muitos cassos devido a má alimentação, leite improprio, ou a processos morbidos diversos.

Agora fallarei sobre as perdas de peso após o nascimento. Aqui a opiniões dos auctores se dividem, afirmando uns que a creança ganha em peso logo após o nascimento; outros, constituindo grande maioria, sustentam que ha perda no peso nos primeiros dias de vida. De facto, a creança após o nascimento nos tres primeiros dias perde de 150 a 200 grammas, augmentando depois chega na primeira semana a ganhar o peso igual ao do nascimento. Esta perda é causada por diversos factores, que passaremos a mencionar. Em primeira

linha está o meconio, cujo peso varia de 50 a 150 grammas e que é expulsado logo após o nascimento. A urina é emitida na quantidade de 10 grammas mais ou menos. O inducto sabaceo que é acaretado no primeiro banho, a transpiração, o muco das fossas nasaes perfazem a perda de 150 grammas a 200 notada no recém-nascido.

Ao nascer a creança apresenta na media 50 centimetros de comprimento; no entretanto pôde ter 48 ou 49.

Quanto ao desenvolvimento depois do nascimento, elle depende entre outras causas, do genero de alimentação; o desenvolvimento physico pôde em muitos casos servir até de indice quando na clinica observamos a creança doente ou depauperada. Devo dizer que o progresso em relação a pesagem attingiu a tal ponto que Budin chega a recommendar a pesagem das creancinhas antes e depois de mamar, o que permite saber a quantidade de leite que a creança ingeriu.

Foi d'ahi que Budin tirou preciosas conclusões acerca do quôta que a creança deve mamar, de 2 em 2 horas e durante 5 minutos no maximo.

Pela tabella por mim organizada, e annexa a these do Dr. Ugolino Penteado, os senhores veem que o comprimento no primeiro mez augmenta 4 centimetros; no segundo mez 2 centimetros; no terceiro 1 centimetro e assim por diante até o primeiro anno em que deve ter mais 20 centimetros. Por essa mesma tabella os senhores veem o acrescimo em peso que vai tendo o recém-nascido. Elle ganha de 700 a 800 grammas por mez, ou 25 a 30 grammas por dia até o 4º mez. D'ahi em diante a creança ganha mais 20 a 30 grammas por dia e depois 10 a 12. Com um anno tem o triplo do peso do nascimento : $3.000 \text{ grammas} \times 3 = 9 \text{ kilos}$. Dessa idade em diante o ganho varia de 5 a 8 grammas por dia (cerca de 200 a 300 grammas por mez). E' um ponto interessante que os senhores tem necessidade de conhecer. Aos 2 annos a creança tem 12 kilos e 439 grammas e d'ahi em diante augmenta 1 kilo por anno, até os 7 annos. Dos 7 annos em diante até os 12, augmenta 2 kilos mensalmente, dos 12 aos 15 annos, o augmento é de 4 kilos por mez, de modo que aos 15 annos a creança pesa 41 kilos. Não se pôde deixar de reconhecer uma progressão crescente nesse augmento.

Precisaria deter-me um pouco mais sobre o valor da puerimetria, mas infelizmente o tempo não me permite.

O aleitamento, sob o ponto de vista da saúde da creança, deve merecer toda a vossa attenção. A creança deve ser pesada sempre

para se ter um índice acerca do beneficio do genero de alimentação a que é submettida.

E assim que no primeiro mez a pesagem deve ser diaria, depois de 8 em 8 dias até o 6.º mez, d'ahi por diante bastando verificar o peso de 15 em 15 dias. Desde que se verifique qualquer modificação no peso para menos, deve-se tomar providencias immediatas, pois que necessariamente o aleitamento não está dando resultado satisfactorio, o leite está em más condições ou ha vicio de regimen.

Puerimetria pathologica.

As molestias hereditarias, as agudas e as chronicas podem ser a causa da perturbação do crescimento das creanças. Os senhores vão ver que as conclusões tiradas da minha estatistica, fazem registar factos sobremodo interessantes.

Em 681 pesagens registadas na these do Dr. Ugolino Penteado, feitas em creanças doentes, encontram-se dados dignos de serem conhecidos. E assim que entre aquellas pesagens feitas em creanças portadoras de herança syphilitica, alcoolica e outras, nas affectadas de tuberculose, muitas apresentaram differença do normal para mais em relação ao peso e ao comprimento.

Devo lembrar-vos que Gley e Charrin, entre outros, fizeram estudos clinicos, mostrando que a hereditariedade morbida tem grande influencia sobre a nutrição e por conseguinte sobre o desenvolvimento physico do individuo.

Em relação a heredo-syphilis Moncorvo (pae) em seus diversos trabalhos, depois Luiz Morquio e eu proprio, publicamos observações de creanças heredo-syphiliticas, tendo peso estatura acima do normal.

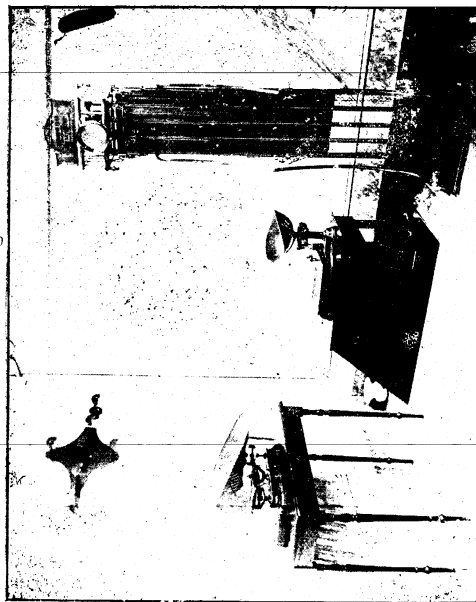
Nas creanças, por exemplo, por mim apresentadas a Sociedade de Medicina e Cirurgia, nas quaes eu havia encontrado o *Spirochaeta pallida* de Schaudinn, verificava-se que o peso e a estatura mostravam-se acima do normal.

Na tuberculose os senhores vão encontrar tambem algumas creanças apresentando peso além do normal e um grande numero apresentando principalmente estatura acima do normal. O exaggero desse crescimento nas creanças tuberculosas explica-se hoje. Desejo que guardem a noção que vos darei e que é moderna. Springer explica o crescimento exagerado como o resultado da excitação, pelas toxinas do bacillo de Kock, das cartilagens de conjugação.

Já os senhores terão ouvido entre as pessoas do povo que quando uma creança apresenta um crescimento precoce não é bom si-

gnal, visto que ha perigo della entysicar. Quanto ao alcoolismo não se pôde tirar conclusões, enquanto em maior numero não forem as observações.

Estudando-se as associações das heranças morbidas, isto é, as creanças dupla, tripla ou quadruplamente taradas pelo alcoolismo, pela syphilis, pela tuberculose ou pelo arthritismo, vê-se que o peso e a altura soffrem alterações e oscillações variaveis.



Dispensário Moncorvo — Sala Dr. Si Fortes (onde funciona o Serviço de Puerimetria)

Com relação as molestias chronicas, deve-se notar que no mi-xoedema, por exemplo, em que pelo accumulo de mucina, que se infiltra no tecido celluloso-adiposo, a creança apresenta, por vezes, um peso illusorio que pôde chegar a ser muito consideravel; pelo tratamento appropriado, pelo emprego da thyroidina ou da iodothyrima ella emagrece, não tardando a chegar a pauta normal de peso como provam diversas observações que possuo e que já hei publicado.

Essa magreza, ao contrario do que se dá em outras molestias, é uma magreza benefica.

Em um caso de minha clinica, por exemplo de uma creança de 32 mezes, affectada de mixoedema, que em Dezembro de 1900 pesava 8 kilos 220 grammas, em Janeiro de 1901, depois de submettida ao tratamento, pesava 6 kilos e 900 grammas; em Março de 1902, quando já estava em excellentes condições e por isso naturalmente progredindo, ella pesava 7 kilos e 30 grammas, em Junho de 1902, 10 kilos 350 grammas e 70 centimetros de altura.

Isto quer dizer que se tratava de uma creança beneficamente influenciada pelo tratamento. Com esse eleva-se a 13 numero dos casos registados em sciencia por mim, de thyroidopathias tratadas pelo methodo opotherapico.

Tenho, assim, mostrado aos senhores o alto valor da Puerimetria, parte da Puericultura, que certamente progredirá muito, trazendo enorme concurso de conhecimentos a resolução de multiplos problemas da clinica infantil.

4.ª Proleccção

HYGIENE DA INFANCIA

E' dos primeiros cuidados de que se deve cercar o recém-nato que hoje pretendo fallar.

Eis um assumpto que, parecendo sedico, deve no entretanto muito vos preoccupar, tendo em vista que a phasa da vida do recém-nascido é incontestavelmente a mais delicada, a que impõe o mais desvelado e rigoroso interesse.

Os cuidados ao recém-nato são tanto da alçada da parteira como do medico e tanto um como outro devem observar systematicamente uma serie do preceitos, os quacs sempre que forem descurados, poderão occasionar os mais desastrados accidentes.

Nunca será demasiado insistir sobre o rigor da asepsia que deveis estabelecer, quando tiverdes de cuidar de um recém-nascido e será de bom aviso, antes de estardes com elle em contacto, mudardes a roupa com que vistes da rua e só entrardes no quarto da parturiente depois de haver procedido a uma rigorosissima asepsia das mãos e dos braços, por meio do sabão e da escova, em seguida imergindo-os em uma solução de sublimado a 1 : 1000 e depois em alcool.

Destarte podeis começar por pensar o cordão umbilical do recém-nascido.

Antes, já deveis ter flambado uma tesoura e uma pinça e mantido durante vinte minutos, em agua a ferver, um fio de seda novo e não muito fino.

Será até melhor possuir um fio de seda asptico do carretel.

Um pacote de gaze hydrophila e outro de algodão hydrophilo e ainda uma atadura nas mesmas contições, serão sufficientes para a toilette do umbigo do nascituro.

Uma vez que o trabalho de parto já se effectnou, a regra é esperar que as pulsações da placenta cessem e então pratica-se a ligadura do cordão de dois a tres centimetros acima da sua inserção. Uma outra ligadura um pouco acima permitirá secionar com a tesoura o cordão, sem os perigos de uma hemorrhagia.

A esse proposito, embora muito perfunctoriamente, é de meu dever lembrar-vos que as opiniões bastante toem variado no que concerne aos conselhos referentes aos cuidados immediatos ao recém-nascido.

Começarei satisfazendo a uma justa curiosidade que certamente vos preoccupa neste momento, perguntando-me porque na especie humana ha necessidade dessa operação cirurgica da ligadura do cordão, quando os animais inferiores a dispensam, o processo passando-se de modo completamente differente. Na realidade, observa-se que, nestes ultimos, logo que a fêmea tem o filho, o cordão se rompe ao nivel do umbigo, sem hemorrhagia alguma.

Não ha duvida que na especie humana a ligadura seria tambem desnecessaria, como provaram as importantes experiencias do Zimmernann, Dubois, Hoffmann e outros que, sem inconveniente algum, cortaram muitos cordões, abstendo-se da ligadura.

O ultimo desses autores chegou a immergir em agua quente recém-natos aos quacs não houvera ligado o cordão e já nã observou a mais insignificante hemorrhagia.

A ligadura é, pois, uma questão de escrupulo, e não resta duvida que ella é recommendavel.

A creança, ao nascer, vem coberta de um inducto sebaceo, pelo que é necessario um banho. Antes deste, porém, será bom passar em toda a sua superficie cutanea um algodão secco. A agua do banho nunca deve deixar de ser previamente fervida e cobada e a bacia, que vai servir, flambada. A temperatura do banho deve ser de 30 a 32° e elle deve ser dado cuidadosamente, usando-se do sabão.

Uma vez bem enxuto, o recém-nascido passa a receber o curativo do umbigo.

Aconselho-vos sempre os processos naturaes em todos os actos physiologicos e por isso será bom vos absterdes de usar de curativos com pós antisepticos, como é tão frequente em nosso paiz. Acredita-se, e com muitos fóros de razão, que esses pós possam ser o vehiculo de microbios para uma região que, no recém-nascido, representa um *locus minoris resistentie*, uma porta aberta ás mais graves infecções e intoxicações.

E não vos fallo assim theoreticamente. Scholomogoroff e Cabilovici, não ha muitos annos, demonstraram que no seio do eliminacão do cordão das creanças banhadas e tendo o seu umbigo pensado diariamente nos dias que se seguem ao nascimento, existim sempre o estaphylococco, o estaphylococco e o bacterium coli, ao passo que nos umbigos, nos quaes era mantido durante cinco dias o curativo inicial, encontraram a exsordidez completamente isenta de microbios.

De accordo com o parecer usado nas principaes Maternidades do mundo, ou vos aconselho cingir-vos ao emprego da gaze hydrophilia (um pedago de vinte centimetros quadrados com um orificio no centro, onde se insinua o cordão que é depois totalmente por aquella coberto), sobre a qual se colloca um pouco de algodão, passando-se então circularmente uma atadura asseptica.

O cordão soffre um processo natural de mumificação; não tardando pois a secar, torna-se amarello adquirindo a consistencia pergaminhosa ou de chifre. A época da queda do cordão pôde variar, geralmente se dando do 5° ao 8° dia.

Apezor de todos os cuidados citados, posso affirmar-vos que em alguns casos torca a surpresa do observar accidentes mais ou menos perigosos como as hemorragias, as infecções, o tetano, a gangrena putrida e outras, que dependem algumas vezes de certas taras em que veem ao mundo as creanças (a hemophylia, a syphilis e o heredo-alcoolicismo, por exemplo) e outras de causas que escapam a mór parte das vezes.

Acóde-me de momento citar-vos um caso de minha clinica nestas condições.

E' o de uma parturiente sadia, cercada de todos os cuidados por uma parteira distincta e um facultativo o mais rigoroso em questões de antiseptia. Como se tratasse de uma primipara o parto fóra demorado, nascendo no entretanto a creança bem nutrida e de peso normal.

O curativo umbilical fóra feito com todo o cuidado e sobretudo com a asepsia a que, em linhas atraz alludi. Não obstante algumas horas depois ou era chamado para acudir ao recém-nato que se achava com 40° de febre, agitado, despendendo-se do curativo umbilical accentuado cheiro gangrenoso.

Aborto o curativo era patente que na doentinha se operava a putrefacção do cordão. Curativos com permanganato de potassio e sublimado permittiram que a creança se restabelecesse.

Eis um caso em que a origem da infecção escapou completamente, havendo sido rigoroso o curativo.

A creança ao nascer pôde, sobretudo nos partos demorados, estar no estado de mórtó apparente, com asphyxia, sendo nestos casos necessaria a flagellação, os banhos quentes e frios alternados, a respiração artificial, a tracção da lingua, etc., etc.

Logo que a creança nasce será bom retirar, por meio do dedo indicador coberto de algodão, as mucosidades que se accumulam na garganta.

Como complemento do que acabo de dizer, aconselho-vos examinar logo todo o organismo do recém-nascido para ver si os seus orgãos estão integros (fracturas, luxações) ou si ha alguma malformação ou anomalia, das quaes a ausencia do canal anal-rectal e a guella do lobo são das mais importantes. A ausencia do recto ou do anus exige uma intervenção immediata e mais proximo possivel da hora do nascimento.

A expulsão do meconio e a excreção da urina, deixam o medico tranquillo quanto a integridade das funções do intestino e da bexiga.

Chamo a vossa attenção para um facto) do minha observação e para o qual preciso que, tambem o observando, possais mais tarde confirmalo.

Sabeis que, graças a posição *in-utero* e aos movimentos por vezes exagerados do feto, este pôde trazer, por occasião do nascimento, ao pescoço uma, duas ou tres circulares do cordão, que são desfeitas logo pelo profissional que assiste a gestante.

Tenho observado que taes creanças, provavelmente pela demorada constricção do pescoço, conservam este mais tarde bastante fino, não trepidando eu em acreditar que o embarço que tal constricção possa acarretar a circulação cerebral, venha por seu lado a permittir em idade affeita do nascimento, o occasionalmente, em alguns casos, de accidentes psychicos.

Como vistes é apenas uma presumpção minha, talvez uma falsa observação que exige sem duvida a contraprova.

O modo de vestir o recém-nascido (da alçada da parteira) deve merecer da parte do medico o maior cuidado, procurando evitar as compressões sobretudo do thorax, para que não fique a respiração nem a circulação embaraçadas, o abuso das fitas e dos cadarços e o aquecimento muito exagerado que pôde, em nosso clima ser prejudicial.

O aquecimento moderado é necessario, visto que o recém-nato é sempre muito susceptivel ao resfriamento; deve haver principalmente muito cuidado para evitar o resfriamento pelas frialdades humedecidas de urina.

Como o vomito é commum nas creanças tenras, é de boa pratica collocar-as a dormir sempre do lado, para evitar a asphyxia.

Além disso, ellas devem sempre ter seus leitos proprios, resguardados dos insectos pelo cortinado.

Uma creança de baixo estado jamais deve dormir na mesma cama com a sua nutriz. Em varias partes do mundo ha até estatisticas numerosas de creanças que succubiram asphyxiadas dessa maneira.

As roupas da cama devem ser mantidas com rigoroso asseio, e a atmosphera do quarto de dormir não devendo ser humida, carece todavia ser sempre tão renovada quanto possivel.

Evitar as picadas dos insectos é hoje medida exigida, com grande vantagem para as creancinhas; não duvido que além dos male-

fícios que trazem muitas vezes a pulga, o mosquito e o percevejo, as próprias moscas que pousam no pus, no lixo, nas matérias feacas, possam ser para o recém-nascido o veículo das mais graves infecções.

O sono da criança deve ser respeitado; os ruídos ou a luz intensa podem despertar com facilidade os reflexos nervosos do pequenino ser e aos quaes elle tão susceptivel.

Si o recém-nascido, em seu estado normal está quasi sempre dormindo, agita-se, tem insomnia, chora a cada passo, elle soffre certamente; tem colicas, tem febre ou quaesquer outras perturbações, das quaes a mais commun é a digestão penosa por vicio da alimentação, ou o uso reprovavel da *chupeta*, vector de toda a sorte de peorias, immundicies e microbios os mais perigosos.

Os gritos e o choro são muitas vezes indicio de fome e para isso é que se impõe a sagacidade do medico consultado, que deve examinar bem a situação para providenciar com criterio. Muitas vezes o exame do leite da nutriz revela a causa do constrangimento da creança.

Quando a creança já tem alguns mezes de vida, manda a hygiene que se lhe proporcionem passeios, sobretudo em lugares arborizados em que se respire um ar puro.

Taes são as considerações que julguei opportuno fazer-vos a proposito dos cuidados que se devo dispensar ao recém-nascido.

5. Protecção

HYGIENE DA INFANCIA

(Continuação.)

Vou continuar a occupar-me hoje da hygiene da infancia, começando pelo assumpto mais importante, qual seja o do aleitamento, que deve variar nas differentes phasas da vida.

O aleitamento representa o ponto mais delicado da vida do recém-nascido, dependendo dos cuidados que se lhe ministram, a sua força e a sua robustez futura.

Em todos os tempos tem-se verificado que qualquer desvio na alimentação da primeira infancia pôde acarretar graves males, principalmente quanto as affecções gastro-intestinaes e chegando-se hoje mesmo á noção de que, pelos cuidados da hygiene bem dirigidos, pôde-se ter a certeza de conseguir diminuir a mortalidade infantil.

Na França muito nesse sentido já conseguiu a lei Roussel, que tem por fim proteger as creanças que são nutridas fora do seio materno e para isso entregues ás amas, o que é commun em muitos paizes. Antes da execução desse lei a mortalidade infantil em França era excessiva, certamente em grande parte devido á desidia, á falta de cuidado, contribuindo tambem muito para isso o aleitamento artificial. Depois de executada a lei (1874), diminuiu muito a mortalidade, observando-se que menor ella se torna, onde melhor é observada essa lei, cujos effeitos são estudados por uma commissão permanente nomeada pela Academia de Medicina de Paris.

A maioria das creanças que morrem nas primeiras edades é victima de molestias evitaveis umas, provocadas outras.

Ha tres generos do aleitamento: *natural*, *misto* e *artificial*. Quando a creança passa do aleitamento a nutrir-se de substancias mais complexas, tom-se feito a *abstactação* ou *desmame*.

O aleitamento natural pôde ser praticado de dous modos: ou a nutriz é a propria mãe da creança, ou a nutriz é uma ama mercenaria. Deve antes do mais dizer que o aleitamento materno é o ideal nas primeiras edades.

A natureza é profundamente sabia nesse ponto de vista e a observação de outros animaes que não o homem, faz-nos ver sempre esse communismo admiravel entre a nutriz e o producto da concepção. Assim o pequeno cão embora possa mamar em uma gata, por exemplo, prefere sempre a sua genitora. E' um communismo natural e desde que se rompam esses laços, ter-se-ha muito menores probabilidades de conseguir o fim almejado — a integridade da saúde da creança.

Devo referir-vos as multiplas condições que privam a mãe de amamentar seu filho.

Antes, porem, explicar-vos-hei como se pôde conseguir que uma senhora seja uma boa nutriz. E' aqui o caso de lembrar a puericultura intranstorina, pois da nutrição da mulher durante a prenhez depende a do feto.

Assim devemos preparar o aleitamento, antes do nascimento da creança.

Os seios das senhoras soffrem uma evolução durante a prenhez. E' de praxe fazer-se a aspisia dos seios nos ultimos tempos da gestação, alim de se evitarem certas perturbações no aleitamento.

Faz-se a massagem no mamello para preparar o bico do seio, para que a creança não sinta difficuldade na sucção. Ha senhoras que nos ultimos tempos de gravidez deitam um liquido amarelado, pouco rico de corpusculos gordurosos e aquoso — é o *colostrum* — alimento do transição.

Ha senhoras nas quaes o colostro só apparece apóz o nascimento da creança.

Ao apparecimento do leite chama o povo — a *subida do leite*. Esta opera-se muitas vezes no 3º ou 4º dia.

A acção purgativa do colostro, asseverada por muitos, é negada por outros que declaram produzir elle apenas uma acção mechanica na expulsão do meconio.

A sociedade tem certos preconceitos muito prejudiciaes á infancia; entre elles ha o das mães que se negam a amamentar os filhos por espirito de vaidade com o fallaz intuito de evitarem perder a elegancia das formas.

Devo, com grande desvanecimento, dizer-vos que a mulher brazileira tem um certo orgulho em amamentar os filhos. O mesmo não se dá em algumas nações em que muitas mulheres entregam seus filhos a amas, reciosas de prejudicar suas formas, pois acreditam que pela amamentação os seios se tornam amolecidos, cahidos, etc. Ora, Budin demonstrou justamente que o contrario succede ás senhoras que amamentam, geralmente engrordando, ficando fortes e tendo a vantagem de soffrir menos vezes do utero do que as que não amamentam.

Sabeis que ha causas que modificam o aleitamento e outras que o contra-indicam. Entre as causas que contraindicam o aleitamento ha a chamada agalacia por herança.

Tem-se observado famílias inteiras nas quaes a incapacidade para a lactação é um facto. Ha mulheres que tendo provido de outras que não tinham leite, compenetraram-se de que também não podem aleitar e não o fazem com grave prejuizo para o recém-nato. Devemos ter em consideração estes factos e fazer com que toda a mãe procure alimentar seu filho. Neste particular, tenho conseguido verdadeiros triumphos em minha clinica. De momento lembro-me de uma senhora, moradora na Tijuca, que tinha um filho de sete mezes, soffrendo de perturbações dysophticas. Sabeio que ella não alimentava seu filho, perguntei-lhe qual a causa. «Não tenho leite» foi a resposta. Então, como é meu costume, dei-lhe uma serie de conselhos acerca das vantagens da amamentação materna, e, qual não foi a minha surpresa quando pouco depois a vi alimentando seu filho com seu proprio leite!... Não preciso dizer-vos que a creança não tardou a voltar a sua normalidade. Outro caso é o de uma senhora que se julgando incapaz para o aleitamento, não havia amamentado seus primeiros quatro filhos, tendo sido todos elles por mim tratados, gravemente doentes, por vicio de alimentação feita pelo leite condensado.

Attendidos os meus conselhos, essa senhora conseguiu amamentar o seu 5º filho que poudo usufruir os resultados desse magnifico regimen, nada tendo soffrido elle na primeira infancia.

Ha porém contra-indicações para o aleitamento que devem ser aqui relevadas.

Contra-indicações do aleitamento:

A tuberculose até muito pouco tempo era pelos observadores considerada uma das molestias que por completo deviam impor a mãe não alimentar seu filho. Hoje admitte-se, com Schlossman, que a mãe tuberculosa, no inicio da molestia, ainda estande em boas condições de nutrição, possa amamentar. Isto não lhe é prejudicial; pelo contrario, pôde ser-lhe até benéfico. Deve-se porém fazer uma restrição quando a nutriz for uma ama morenaria; nessa conjuntura deve ser regeitada. Entretanto, ha ainda alguns autores que pensam que em hypothese alguma, se deve permitir a amamentação do uma creança por uma nutriz tuberculosa, seja a amamentação materna ou não, visto que as toxinas tuberculosas, podendo atravessar a glandula mamaria, irão produzir na creança phenomenos cachecticos e dystrophicos.

Si a mãe tiver uma lesão cardiaca, mas compensada, não ha razão para privar a creança do seu leite.

Com relação ás molestias do apparelho gastro-intestinal existe a dyspepsia que não constitue motivo para a mãe deixar de amamentar seu filho, desde que os phenomenos não sejam muito intensos.

Quanto ás molestias dos rins, o mesmo se dá. Na nephrite grave, por exemplo, sendo muito prejudicada a nutrição geral da mulher, podem ser retidos principios toxicos que se eliminam em parte pelo leite, donde podem provir males para o lactante.

As molestias chronicas como o rheumatismo, o diabete, a chlorose e o arthritismo constituem contra-indicações desde que a saúde geral da mulher soffra profundamente; caso contrario, a mãe poderá continuar a alimentar seu filho. Mostrando, no entanto, a molestia uma certa intensidade, deve-se retirar a creança do seio materno, pois, como os senhores sabem, as toxinas eliminam-se pelo leite, como observou o Dr. Varioi, em um caso em que uma creança não se

dava bom com o leite de sua genitora que era portadora de uma endometrite chronica.

Outras causas ha que constituem contra-indicações para o aleitamento, como a má conformação do mamello. A's vezes a atrophia é tão consideravel que quasi não existe o mamello. Em outros casos ha atrophia da propria mama, tão exaggerada em muitas mulheres, que não existe a função. As fissuras do seio, podendo ser occasionadas por escaphylococos, estreptococos, etc., podem permitir que o recém-nascido se infecte tendo mesmo septicemias graves. São também contra-indicações para o aleitamento as lymphangites e os eozemas do seio. Nos casos curavos nada impede que a genitora, uma vez restabelecida, volte, algum tempo mais tarde, a nutrir ella propria seu filho.

Nas molestias infectuosas agudas deve-se suspender o aleitamento, visto poder o leite prejudicar a creança, devendo a mãe voltar a amamental-a uma vez curada.

Todas essas noções, meus senhores, parecem triviaes; devem ellas porém merecer-vos toda a importancia.

A agalacia é a abolição completa da função lactogenica. Ella é rara. A hypogalacia ou escas ez de leite, pôde ser corrigida por uma alimentação solida e substancial e pela excitação da glandula mamaria pela sucção feita quer pela propria creança, quer por meios artificiaes.

Ha também substancias medicamentosas galactogenas, como a ortiga, o ricinus communis, a gallega, etc. Ellas são quasi sempre inefficazes, dando meliores resultados a electricidade ou a massagem pelo methodo de Moriz-Schein. Observa-se algumas vezes a hypergalacia (excesso de leite) e, na these do nosso distincto collega Dr. Almeida Pires os senhores encontram citado o caso de uma mulher que, neste Instituto, secretou facilmente 500 grammos de leite (A galactorrhia é, segundo muitos, uma contra-indicação para o aleitamento). Ella pôde ser combatida pela antipyrina, a ergotina, a cocaina, os purgativos, etc.

Muitos observadores julgam também ser a idade da mulher uma contra-indicação; assim, uma mulher já envelhecida não deve ser boa nutriz.

As emoções moraes podem produzir accidenes varios e até a agalacia; quando mesmo a função não se extingua, a creança pôde soffrir seriamente. Está provado que normalmente o organismo elimina pelos emunctorios uma dose normal de substancias toxicas formadas no proprio organismo.

As investigações modernas fizeram ver que as emoções moraes podem produzir uma eliminação maior desses venenos e d'ahi poder sahir pelo leite, prejudicando o lactante. Ha mesmo em sciencia o caso memoravel de uma senhora que, depois de uma crise de corola, deu seu leite a um cachorrinho que não tardou em cair em convulsões.

Ora, os abalos moraes, as grandes impressões, podendo occasionar grande precipitação na eliminação das toxinas, poderá também causar perturbações muitas vezes graves na creança. Com as nevroses maternas pôde-se observar factos identicos.

As creanças precoces, as que vêm ao mundo com fraqueza congenita, ás vezes não têm forças para sugar o leite. Pove-se então alimentar-as pela garga, até que ella manifeste energia sufficiente para sugar.

A alimentação também é difícil quando a criança é portadora de certas malformações congênitas como: o labio leporino, a guelra de lobo, o alongamento do freio da língua, etc.

Modo de amamentar:

Parece á primeira vista que uma criança ao nascer tem logo necessidade que se lhe dê o peito. Não é tanto assim, pois ella pôde passar dous ou tres dias sem ingerir liquido algum. Commumente dá-se-lhe agua com assucar, chá, matê, havendo mesmo quem use a condemnavel pratica de dar-lhe agua com vinho, enquanto espera a subida do leite materno. Não se lhe deve dar coisa alguma, nem mesmo agua fervida, dizem os observadores.

O que se deve fazer para que o leite suba ? Antes de tudo preciso se torna que a função seja solicitada pela criança. Deve-se collocar o lactante ao seio de duas ou de tres em tres horas, o leite então apparecendo ao cabo de dous ou tres dias.

Segundo os ultimos estudos de Budin, em tres minutos uma criança sugando naturalmente, ingere a quantidade de leite necessaria para a sua subsistencia, desde que as mamadellas sejam regularmente administradas; si a criança mama bem, as mamadellas devem ser espaçadas de tres horas; á noite o espaço deve ser de cinco horas, o que é benéfico para a criança e para a nutriz que, depois, recupera as forças, o que muito favorece a lactação. Si a criança mama pouco e interrompidamente, deve-se então deixal-a ao seio durante cinco, 10 ou 15 minutos.

E' de rigor ter em conta o peso da criança, ministrando-lhe o alimento conforme os dados que nos revela a Puerimetria.

Si o leite tardar a apparecer pôde-se lançar mão de emolientes e das fiamellas embebidas em agua quente e collocadas no seio, proporcionam, na maioria das vezes, o melhor resultado. Devo dizer que uma mãe aleitando seu filho, deve abster-se de aleitar outra criança, porque os inconvenientes são muitos, entre os quaes deve-se salientar a possível contaminação pela syphilis.

Outra questão de certa importancia a discutir é a que se refere á chamada febre de leite.

Pelos estudos modernos da bacteriologia sabe-se que a febre de leite é uma entidade morbida, devendo-se desconfiar sempre de uma infecção qualquer, mesmo local, como a lymphangite, etc. São daquelles que não acreditam na febre de leite.

Estamos em face de outra questão que muito deve preoccupar o pediatra: é o tempo de duração do aleitamento, quando se o deve suspender.

Em geral devemos dizer que quanto mais demorado melhor será. De 18 a 20 mœzes a criança já pôde começar a tomar leite de vacca, caldos, etc. Entre nós não é raro encontrarem-se crianças alimentando-se ao peito até dous, quatro e até 5 annos mesmo. Em certos paizes como no Japão, as crianças mamam sempre até quatro e cinco annos. Está provado que esta medida diminui a mortalidade das crianças, como se observa em varios paizes da Africa e da Asia.

Deveria fallar-vos detidamente da influencia da mensuração, da gravidez e outros sobre o aleitamento; reservar-me-hei para a elles referir-me quando tratar do aleitamento mercenario.

3.ª Prolecção

HYGIENE DA INFANCIA

(Continuação)

Na minha anterior palestra tive occasião de chamar a vossa attenção para o rigor que deve haver com relação ao aleitamento materno; para o aleitamento mercenario devem multiplicar-se os nossos cuidados e muitas causas de regeição de amas, si estas fossem mães, não contra-indicariam a aleitação.

Comogarei chamando a vossa attenção para o Serviço de exame de amas de leite deste Instituto que me foi dado o prazer de fundar, pela vez primeira havendo tal emprehendimento sido, no Brazil, levado a effeito.

Nesse Serviço, cujo valor pratico é indiscutivel, o numero de regeições é abundante, parecendo talvez a muitos exaggerado até o coeciente de mais de 30 e 50 % de amas que não puderam receber a attestatione.

E o nosso archivo registra entre as causas mais communs de regeição das nutrices mercenarias a blennorrhagia, a tuberculose, a syphilis, a imundicie extrema, etc. etc.

E' assaz commum apresentarem as amas um grão de nutrição muito deficitante e por conseguinte com um leite muito embrocado, pela escassa alimentação a que o seu estado de penuria as arrastou.

Comprehende-se bem que, si um cuidadoso exame revelou tratar-se de uma boa nutriz, não ha razão para logo regeital-a por se ter encontrado leite insufficiente ou enfraquecido.

E' o caso de aconsellar-se-lhe uma alimentação substancial e na maior parte dos casos consegue-se assim modificar muito favoravelmente as condições nutritivas e quantitativas do leite.

E' muito delicada a situação do medico que examina uma nutriz, e, ha mesmo muitos problemas referentes a attestatione das amas que não se acham ainda resolvidos.

A idade mais propicia á nutriz é a de 20 a 30 annos. Os seus antecedentes hereditarios devem ser scrupulosamente indagados e bem assim os seus antecedentes pessoais e destes tem valor a questão da menstruação, o numero de filhos e outros dados, aos quaes, de passagem, alludei.

Com relação as modificações do leite, durante a epocha catamenial as opiniões tem divergido.

Budin e Segond, por exemplo, disseram ter observado phenomenos intestinaes no lactante; duas estatisticas porém, parecem derrocar essa opinião, uma de Lucien Jacob, feita sobre 189 mulheres e outra que me é propria e colligida com o concurso do Dr. Oliveira Pontede.

Tive occasião de observar 99 coincidencias de menstruação com o aleitamento; o leite diminuiu 36 vezes e augmentou 5; houve fluidificação uma vez, ao mesmo tempo que diminuição da secreção. Em 43 casos modificação alguma foi precebida e apenas 3 crianças soffreram lozes accidentes, nada occorrendo ás outras 87. Por outro

lado as informações obtidas permitiram verificar que as mulheres passavam bem por occasião das regras, e aleitavam sem experimentar fadiga.

O numero de filhos é util conhecer-se, porque é de suppor que a nutriz multipara ja tenha mais pratica na aleitação.

A investigação sobre a preexistencia de abortos merece a maior importancia, visto que a syphilis, entre outras, é a causa mais commum da interrupção da gestação, do mesmo modo que se dá com a mortalidade e a polyethalidade familiar.

Quando examina-se uma ama de leite, deveis ter o maior escriptulo com o exame do seu habito externo; por elle chegareis innumerar vezes a tirar deducções muito uteis a regeição.

Os seios devem ter volume regular, sulcado de veias, o mamillo a fórma cylindroide ou conica e a papadura obtuda por methodicas pressões deve ser abundante. Depois do 3 horas de repouso, uma nutriz deve secretar pelo menos 20 centimetros cubicos de leite.

Neste Dispensario houve uma ama que secretou de uma vez 500 grammas de leite.

Quanto ao tempo do leite, a experiencia demonstra que a nutriz pôde amamentar uma creança com uma differença para mais ou para menos, de 4 mezes.

Sobre as causas de regeição, lembrando-vos o que já referi a proposito da amamentação natural, desejo insistir sobre certos pontos.

Com relação, por exemplo, a tuberculose, si elle é algo toleravel em seu inicio, quando se trata de uma mãe, o aleitamento por uma nutriz mercenaria tuberculosa é inadmissivel.

A syphilis, essa nem se discute. Ja tenho observado fuctos profundamente tristes de continuação pela syphilis da nutriz de creanças perfeitamente sadias.

Neste Dispensario, conforme se vê ethado na excellente these do Dr. Almeida Pires, foi examinada uma vez esta creança oriunda do pae syphilitico apresentando inequívocos estigmas especificos o cuja ama, que ora salta, foi contaminada pelo aleitamento que fazia da creança doente.

Isso prova tambem que uma creança syphilitica só deve ser amamentada por sua propria mãe ou em casos especiaes por uma nutriz reconhecidamente syphilitica.

Em relação ao alcoolismo muito havetia que respirar si o tempo me permitisse.

Devo, no entretanto, chamar a vossa preciosa attenção para as experiencias de alguns observadores entre os quaes se destacam as de Nieloux que verificou a passagem do alcool ingerido pelo leite do seio.

Não preciso citar exemplos, pois elles se multiplicam, e aqui mesmo neste Dispensario encontrareis archivadas muitas observações de creanças soffrendo graves males intestinaes, convulsões, insomnia e outros accidentes nervosos que outra causa não reconheciam sinão o alcoolismo materno.

É pois profundamente lamentavel que ainda haja quem aconselhe as amas, sob o fallaz pretexto de tornal-as fortes e de ter abundancia do leite, usar bobidas e sobretudo de cerveja.

É muito commum encontrarmos aqui no serviço de amas do Dispensario a blennorrhagia em suas diversas modalidades, como causa frequente de regeição. Não preciso deter-me em considerações para mostrar-vos que entre outros perigos, ha o da possível infecção

dos lactantes, a ophtalmia purulenta sendo, como sabeis, um mal de gravidade tal que pôde acurretar a cegueira.

As inflamações dos seios (galactophorites, lymphangites, erysipelas, etc.), produzidas por germes pyo-genicos representam causa de regeição incontestavel. Temes muitas vezes em taes casos verificado a presenca do pus no leite ou por outro lado grande numero de creanças que mamam em seios assim affectados, soffrendo das mais graves perturbações (septicemias cutaneas, intestinaes, meningites, etc.).

A questão da toxidez do leite por varias causas é uma questão tambem muito importante e que ainda encerra muitos segredos para nós.

A glandula mamaria, como todas as glandulas, pôde eliminar substancias accidentalmente introduzidas no organismo ou aquellas que se podem formar por motivo de molestias chronicas.

Por isso certos agentes medicamentosos (lodo, mercúrio, etc.) ingeridos pela nutriz passam pelo leite. Certas affecções de natureza toxica (molestias do pulso, metrites, arthritismo e outras) raras, não raras vezes, logar a que os lactantes sofram as consequencias de um leite toxico, apresentando vomitos, diarrheas, affecções cutaneas, etc.

Quanto ao bocio, si Bezy, de Toulouse, viu terem accidentes de tetania tres creanças que haviam mamado em amas portadoras do bocio, eu tenho visto, como tambem succedera a Martinez Vargas, nutrices boçadas amamentarem sem inconveniente algum.

Quando se trata de amas, a carie dentaria pôde ser causa de regeição, porque, além de muitos outros inconvenientes, uma nutriz que não possue boa dentadura para os primeiros actos da digestão, pôde ter perturbada a sua nutrição e por conseguinte secretar um leite máu.

As affecções gastro-intestinaes da ama estão nas mesmas condições, podendo o seu leite prejudicar o lactante.

As lesões cardiacas compensadas devem ser toleradas na ama e por isso geralmente não são ellas causa systematic da regeição.

O mesmo não se dá, porém, com as molestias nervosas da nutriz.

As emoções moraes precipitam a eliminação das toxinas pelo leite e podem augmentar a quota de agua ou de caseina e diminuir a do açúcar, dos sales e da mantega (Vernes e Bequerel).

As nevroses como a hysteria, a hysterio-epilepsia, o a epilepsia, são affecções que podem dar logar a alteração do leite, além de outros inconvenientes que são sempre causa de regeição, porque não raro as creanças alimentadas por nutrices nessas condições são acometidas de accidentes nervosos e sobretudo convulsões.

Sendo a anemia epididica das mais graves affecções não deve ser permitido o aleitamento por uma nutriz em tal situação.

Chamo tambem a vossa attenção para os vicios de conformação, e anomalias da secreção da glandula mamaria e que tantas vezes obrigam a reguitar as nutrices submetidas ao exame.

Entre ellas figura a agaliaxia. A hypogalactia pôde ser corrigida bem como a hypogalactia.

Ha uma questão que muito nos interessa — é a gravidez. Como sabeis tem sido um assumpto muito discutido e pela minha parte, graças a uma investigação acurada, procurei tam'em resolver o problema.

Budin, auxiliado por Poirier, na mesma época em que eu aqui investigava da questão, publicava uma estatística sobre 51 observações colhidas.

Em 72 % dos casos, os lactantes nada soffreram; em 8 % os autores não puderam formar juizo perfeito; em 20 % o aleitamento produziu perturbações que exigiram a sua suspensão.

Auxiliado pelo distincto collega Dr. Oliveira Pontado o o estudante de medicina Mario Piraziba procedi a estatística seguinte: 34 mulheres amamentaram durante a gravidez 70 creanças, das quaes 19 soffreram accidentes representados por phenomenos intestinaes, febre, emagrecimento, etc., o que fornece uma proporção de 27,2 % para 72,8 % dos restantes.

Como se vê, os dados obtidos em França coincidem com os que aqui obtivemos e diante disso parece de boa norma, si a nutriz é mãe, não interdita-la a amamentação, só se attestando a nutriz mercenaria, grávida em condições muito especiaes.

Taes são as considerações que entendi fazer na presente palestra e apesar de serem muito geraes as noções que vos transmitti, podeis por ellas imaginar quão necessario se torna, entre nós, a regulamentação da profissão da ama de leite, para que não esteja a nossa população a mercê dos perigos que, no tocante ao assumpto, ora a assoberbam.

7.ª Palestração

HYGIENE DA INFANCIA

(Continuação.)

Tive ensejo nas ultimas palestras do tratar do aleitamento natural (do materno e do mercenario). Vimos como se deve proceder ao exame da ama de leite e quaes as causas da rejeição.

Mostrei-vos como o aleitamento materno impõe-se á evidencia. No entanto, os senhores comprehendem que ha circumstancias que nem sempre permittem o aleitamento materno e nem mesmo o mercenario. Recorreo-se então a dous processos substitutivos; o aleitamento mixto ou o artificial. O mixto não é mais do que a associação do natural e do artificial.

Em que hypotheses, porém, é elle permitido e em que condições pôde ser elle posto em pratica?

São diversas as hypotheses, já não querendo fallar da falta do altruismo que em certas mães se encontra, ne a nã-lo-se a amamentar seu filho.

Alfóra as circumstancias, que dependem da vontade da mulher, ha outras pelas quaes ella é obrigada a suspender a amamentação.

Supponha-se uma operaria, uma empregada ou uma familia que pela manã tem que abandonar a lar e eu pergunto-vos, como pôderá essa mulher amamentar seu filho? Nestas condições poderá a nutriz recorrer ao aleitamento mixto. Durante a noite e pela

manhã a creança será alimentada ao seio materno e durante o dia será submettida ao aleitamento artificial.

Quando tambem o leite materno fôr insufficiente ou fraco, a creança com elle não se satisfazendo, o aleitamento mixto poderá produzir bons resultados.

Antes do mais, devo dizer que o aleitamento mixto é superior ao artificial. Mais tarde mostrar-vos hei uma estatística feita em nossos serviços clinicos o que vem demonstrar que a morbidade no aleitamento mixto é inferior a que se observa no aleitamento artificial.

E' agora occasião de referir-me ao modo de proceder no aleitamento mixto. A mãe deve dar o seio alternado com a mamadeira. Os senhores devem aconsellar as mães que evitem, o mais possivel, a mamadeira, principalmente a do tubo do borracha tão perigosa e que até é denominada *mamadeira assassina*. E' melhor habituar a creança a beber desde logo leite em uma chieira ou por meio da colher, objectos que facil e reiteradamente podem ser esterilizados. Os excellentes trabalhos de Budin principalmente, fazem ver os grandes inconvenientes das mamadeiras.

Tem variado as opiniões no tocante ao modo de administração do aleitamento mixto. Uns acreditam na vantagem de se alternar o leite de qualquer animal com o do seio, tendo as mamadellas um espaço de duas ou duas e meia horas. Outros acham que, de cada vez, se deva administrar o leite de seio seguido do de vacca, por exemplo, ou inversamente.

Esso conselho é baseado na presença das zymases no leite da mulher, fermentos vivos esses que ajudariam a digestão do leite não humano.

Uma outra condição que muitas vezes leva a mulher a usar o aleitamento mixto, é o facto de pertencer a alta sociedade e não querer ter uma ama para seu filho; neste caso ella alterna a administração do seu leite com o de qualquer animal.

Nos paizes em que ha Creches, as mulheres que trabalham em certas industrias, nas quaes se occupam durante todo o dia, dest'arte vendo-se impedidas durante muitas horas de aleitar seus filhos, costumam deixal-os naquelles humanitarios estabelecimentos onde são devidamente alimentados.

O aleitamento mixto feito por mulheres entregues áquelles mistérios, em muitos casos offerece resultados desfavoraveis. E' sabido que esgotadas pelos trabalhos diarios, pelas fadigas exageradas, apresentam um leite mais ou menos toxico que pôde prejudicar o lactante.

Uma outra questão a ventilar é a que se refere a época em que a creança deve começar o aleitamento mixto. Sempre que se puder dever-se-ha começar nas proximidades do 6.º mez, pois nessa época o apparelho digestivo da creança já se achu mais aperfeiçoado e o succo gastrico já é secretado em maior quantidade.

Dessa maneira o aleitamento mixto prepara a creança para a ablação. Aos 16 ou 18 mezes já poderá ella ser submettida ao desmame sem grande difficuldade.

Todos vós sabeis que no 1.º mez a mulher começa geralmente a reconhecer que seu leite se torna mais fraco, mais aquoso, tornando-se neste caso de certa vantagem o aleitamento mixto. Isso, porém, nem sempre se observa.

Ha mulheres que aleitam por muito tempo sempre em boas condições, como posso citar-vos uma nutriz que amamentou duas creanças, sendo que a ultima começou a ser aleitada quando o leite já tinha 20

mezes, criando-se ambas as creanças unicamente com o leite dessa ama. Trata-se, no entanto, no caso, de uma excepção.

Devo dizer-vos que neste genero de aleitamento como para qualquer outro, a Puerimetria impõe-se, pois que pelas posadas successivas se póde verificar o provento ou o defeito do aleitamento e corrigir-o a tempo, sem prejuizo grave por parte do lactante.

Sempre que for possível o aleitamento natural deve ser feito ao menos até o 6º mez; elle é insubstituivel; os outros generos de aleitamento devem ser reservados, como tantas vezes já vos tenho repetido, para os casos especiaes que a pratica reconhece.

Eis o que, em synthese, julguei opportuno transmittir-vos acerca do aleitamento mixto.

8. Prolecção

HYGIENE DA INFANCIA

(Continuação)

Já me occupai nas ultimas palestras com o aleitamento natural e o mixto.

Hoje é minha intenção transmittir-vos conhecimentos geraes sobre o aleitamento artificial.

Não me cansarei de repetir-vos que nenhum processo de alimentação do recém-nascido é superior ao do seio materno. Infelizmente, porém, uma serie de circumstancias impede algumas vezes que uma mãe possa alimentar seu filhinho, entre as quaes releva notar as molestias maternas, a fraqueza da mulher, cujo leite póde desaparecer, a triste orphandade, etc.

Em taes casos procurou a sociedade meios de salvar a creancinha, dando-lhe um alimento em condições de substituir, até certo ponto, o leite materno: é o processo chamado do aleitamento artificial. Isto póde ser considerado *directo* ou *indirecto*.

É *directo* quando applicado para a creancinha o leite de certos animaes, como a *egua*, a *jumentia*, a *vaca*, a *cabra*, etc., directamente por aquella sução das tetas desses animaes.

É *indirecto* quando se dá o leite em vidros especiaes, embora provindo daquelles animaes, porém, depois de soffrer um processo especial de preparo do qual me occuparei d'aqui a pouco.

O leite da cabra, da cadella ou da jumentia, directamente mamado pelo pequenino, tem a vantagem de ser sugado puro, mais ou menos isempto de microbios e com o calor necessario. Este leite, porém, não pode ser misturado com agua para se tornar mais doce, como o exige muitas vezes a idade da creança, do modo que elle se torna em certos casos *indigesto*, produzindo *colicas*, *atonia intestinal*, *diarrhea*, etc. O leite de jumentia é mais tolerado pelas creancinhas do que o de cabra, tendo-se verificado que o leite de egua é o que mais parece se approximar do leite da mulher.

No aleitamento directo na mamã do animal usam-se das mesmas regras que no aleitamento materno, isto é, espaço de duas ou tres horas entre as mamadellas, mesmo numero, destas durante

o dia o a mesma quantidade de leite em cada uma. Deve-se lavar sempre a teta antes de administrar o leite, tendo-se tambem sempre toda a hygiene com o animal.

Em todo o caso será util dizer que este processo de amamentação é muito custoso e ás vezes difficil, sobrotudo entre nós, devendo ser pósto em pratica o aleitamento artificial *indirecto* de que passo a tratar.

Antes do mais, devo dizer-vos que aleitamento artificial, para a creancinha logo que nasce, é muitas vezes perigoso, porque ella, ao contrario do que se opera com o leite materno, digero mal qualquer leite que não seja humano.

Para que tal não succeda, necessari se torna diluir o leite do animal com agua *sempre fervida*.

O leite de vacca, o mais geralmente usado no Brazil, é muito mais indigesto do que o leite materno; por isso já se tem procurado sanareos inconvenientes, administrando o chamado leite *humanizado* ou *maternalizado*, etc., que outra coisa não é mais do que o mesmo leite de vacca addicionado de agua, e do lactose, passando tambem por um processo especial que lhe transmitta propriedades muito semelhantes ao leite humano.

No aleitamento artificial deve-se ter muito cuidado em saber si o leite provém de animaes fortes e em bom estado de saude. Em qualquer hypothese, porém, nunca se deve alimentar as creancinhas com leite que não tenha sido previamente esterilizado, pasteurizado ou pelo menos fervido.

Este conselho tem por fim evitar que sejam os lactantes atacados por molestias muitas vezes graves como as *estomatites*, as *afecções gastro-intestinaes* ou mesmo a *tuberculose*, cujo germen póde existir no leite.

O processo de esterilização do leite de vacca ou de qualquer outro animal, mediante certas regras de hygiene, tem por fim não sómente garantir a pureza do liquido com relação aos microbios das terribes molestias de que soffre a infancia, mas tambem, segundo muitos, tornar o leite de mais facil digestão. Resumidamente vos direi que muitos apparchos tem sido inventados com o fim de esterilizar o leite — são os chamados *esterilizadores*. Sabeis que desde o principio este piedoso estabelecimento distribue diariamente a numero não pequeno de recém-nascidos pobres *leite esterilizado* em vidros especiaes condizidos em marmittas adequadas.

Pois bem, a esterilização do leite neste Dispensario é feita da seguinte maneira: em dous grandes galleiteiros são póstos 50 vidros em cada um, contendo leite e apparchos de por meio de rolhas de borracha especiaes. Collocados os galleiteiros dentro de cubas cheias de agua até o gargallo dos vidros, deixam-se ao fogo até que ferva o leite em *bulho-marca* durante 30 minutos.

Fimto esse tempo, retiram-se os galleiteiros e o leite que, resfriando-se, produz um vazio no interior dos vidros; as rolhas sendo recoladas gradualmente fôrham hermeticamente os vidros, que assim ficam perfeitamente fóra do alcance das poeiras do ar.

Devo assimilar com certa insistencia, que antes de se encher os vidros, estes já devem ter sido lavados em agua fervendo e bem assim as rolhas, porque qualquer impureza por mais insignificante que seja alterara o leite que produzirá á pobre creancinha terribes conseqencias.

Uma vez o leite esterilizado como já dito, as mães seguem a praxe estabelecida com relação á hora em que devem dar o leite, a quantidade deste e finalmente utilisam-se de um *tipo de mamadeira*

de borracha de cor preta, pois que os de outra (borracha esbranquiçada) são perigosos porque contêm venenos como o arsenico em sua composição e podem intoxicar o lactante.

Nada é mais facil do que, de duas em duas ou de tres em tres horas, destapar um vidro, o que só deve ser feito na occasião, e nelle collocar o bico, dando-se immediatamente a creança para mamar. O resto do leite de cada vidro já usado deve ser usado o por isso é conveniente despresal-o immediatamente.

Inutil parece declarar que o bico de borracha deve ser sempre lavado com cuidado em agua fervendo, porque com facilidade o leite fermenta e o leite fermentado é um veneno mortal para as creancinhas.

Diante do exposto já sabeis em que consiste mais ou menos o preparo do leite esterilizado.

O leite pasteurizado é aquelle que, apoz a esterilisação, soffre o resfriamento brusco.

Osapparelhosesterilizadores que se vendem no mercado (Apparelhose Soxhlet, Gentile, etc) trazem cinco ou dez vidros, com todos os preparos necessários.

É geralmente condemnada a mistura ao leite das preconizadas e decóctos de cevada, matê, da agua de cal, etc., etc.; a infusões da agua ao leite deve obedecer as seguintes proporções: Durante os 8 primeiros dias, metade do leite e de agua, dando-se duas a tres colheres de sopa de duas em duas horas; nos dias seguintes até o fim do 1º mez, dois terços de leite puro e um de agua, dando-se quatro a cinco colheres de sopa de duas em duas horas; do começo do 1/2 mez em diante, 3 quartas partes de leite e uma de agua, cerca de 1/2 copo d'agua de duas em duas horas e, finalmente, do 3º mez por diante copo d'agua de duas em duas horas e, finalmente, do 3º mez por diante a mesma composição dada na proporção de um copo pequeno de tres em tres horas, podendo-se administrar-o já puro, si a creança digeri-lo bem.

O leite deve ser esterilizado, pelo menos, de 21 em 21 horas, tendo-se o cuidado de não vasar o leite em vasilha que seja do estanho ou chumbo, o que irá fazer mal á creança.

EM HYPOTHESE ALGUMA DEVE SER UTILISADA A MAMADEIRA DE LONGO TUBO QUE É FUNESTA E DEVE SER ABSOLUTAMENTE CONDENADA PELO QUE É ATÉ DENOMINADA, NOS CENTROS CIVILISADOS, DE MAMADEIRA ASSASSINA.

Agora que já estaes ao corrente do que é o aleitamento artificial, permitti-me ainda uma vez eu declare ser o aleitamento ao seio, o aleitamento materno, aquelle que a natureza preparou para o recém-nascido. Sempre que for possível, nunca as mães devem deixar de amamentar seus filhos, porque o aleitamento materno é incomparavelmente mais sã, reduzindo ao minimo a mortalidade infantil.

Em uma interessante estatística que aqui neste Dispensario procuremos e referida nas theses do doutoramento dos Drs. Manuel Vellozo Py, Jones D. Ribeiro, Manoel Penteado e Almeida Pires, sobre um total de 1027 creanças matriculadas, 27 % haviam sido submettidas ao aleitamento natural, 51 % ao aleitamento mixto e 11 % á alimentação artificial.

Colligida a historia de cada uma dessas creanças nos primeiros mezes da vida, poudo ser verificado que soffreram accidentes coincidentes com a dentição apenas 6,3 % das submettidas ao aleitamento natural, 16,2 % das que estavam sujeitas ao aleitamento mixto, enquanto que se elevava aos algarismos seguintes o coeciente de

accidentes entre as creanças submettidas aos outros generos de alimentação nos primeiros mezes da existencia:

Alimentadas com farinhas e alimentos communs.	80 %
Alimentadas pelo leite condensado . . .	70 %
» » » » da vacca . . .	60 %
» » » » cabra . . .	50 %

É verdade que essa estatística refere-se a creanças recebidas nos Serviços do Dispensario por doentes, sendo muitas d'ellas taradas pela syphilis, tuberculose, etc. Além disso essas cifras se mostram exaggeradas porquanto se trata de alimentação administrada sem direcção scientifica.

No entanto ella demonstra á luz da evidencia o alto valor do aleitamento natural.

Com relação ao aleitamento artificial e a alimentação grosseira tantas vezes ministrada ás creanças da primeira idade muito haveria a resgar.

Infelizmente porém o tempo, e a indole destas palestras não me permitem ir além do que vos acabo de referir, aguardando outra oportunidade para deter-me em considerações mais detalhadas.

9ª Prolecção

HYGIENE DA INFANCIA

(Continuação)

Tenho hoje que me occupar com a ablação ou desmame. Eis uma questão de indiscreta importancia e talvez mesmo não haja em hygiene infantil assumpto que mais interesse á vida da creança.

Desmame é o acto de segregar a creança do seio humano, é a cessação completa do aleitamento ao seio. É evidentemente uma época critica para a creança.

Qual o momento em que se deve segregar a creança do seio? Parece a primeira vista um problema muito facil, no entanto os autores divergem.

Uns acham que o desmame deve ser feito depois de um anno; outros que elle deve ser mais precoce, aconselhando alguns que a melhor época é a dos 18 aos 20 mezes. Galeno era sectario do desmame tardio, achando que devia ser feito no 2º ou 3º anno.

Entre os hebreus e arabes o periodo do aleitamento ao seio ia até o 2º e 3º anno de vida.

Como já tive occasião de dizer-vos em uma das prolecções passadas, no Japão o desmame se faz no 4º e no 5º anno.

As causas que fazem precipitar o desmame são as molestias das mulheres que amamentam, ou o seu estado de depauperamento physiologico.

Para o lado da creança ha um signal que indica a occasião propicia para a ablactação, é a dentição, porque o dente é o espelho do estomago e do intestino, pois que indica que o aparelho gastro-intestinal já está apto a digerir alimentos mais complexos que o leite.

Durante o verão ha perigo em fazer-se o desmame e si procurarmos consultar as estatísticas de todos os paizes, vê-se que a mortalidade por molestias do tubo gastro-intestinal é muito maior no estio.

Devemos ter o maior cuidado na ablactação; ella deve ser feita lentamente.

Minha pratica demonstra que, entre nós, a melhor época para a ablactação é de maio á agosto.

Deverei agora dar-vos uma synthese da orientação que será bom ter com relação ao regimen dietetico das creanças.

No seu ultimo trabalho sobre REGIMEN DIETETICO DAS CREANÇAS (*Deutsch. Medizin. Wochenschrift*, 1905), Monti faz algumas considerações muito instructivas.

O desenvolvimento physico da creança está subordinado a regulação racional do regimen alimentar e do genero de vida.

A creança como é sabido, no fim de alguns mezes começa a babar; é o inicio da função das glandulas salivares; o poder saccharificante destas é porém muito pequeno.

Monti acha que só no 21º mez esta função se desenvolve completamente, chegando aos dous annos o appaarelho mastigador a sua perfectibilidade.

Si isto assim se passa, devemos ter muito em conta que a alimentação da creança até o 20º ou 24º mez deve ser exclusivamente liquida, porque só dahi por diante só poderá contar com a acção mais poderosa da saliva.

No curso do segundo anno vae-se paulatinamente juntando outros alimentos que possam soffrer a elaboração propria na cavidade bucal.

No fim do primeiro anno o estomago attinge volume seis ou oito vezes maior do que o do recém-nascido (300 a 400 cc.); no fim do segundo anno pôde conter a 600 e 700 cc. do liquido.

As refeições por isso serão pouco e pouco mais abundantes (25, 250, 300, 350 grammas, etc.) conforme o desenvolvimento da creança.

O numero de quatro ou cinco refeições diarias será sufficiente:

1ª, alimentação liquida, 250 grammas;

2ª,

3ª, (principal, ás 11 horas ou meio dia) liquidos e caldos;

4ª, alimentos liquidos, 250 grammas.

A creança só deve dormir duas horas depois da ultima refeição.

Deve haver muito cuidado na execução dessas regras. A função do pancreas attinge o seu maximo desenvolvimento a partir do segundo anno, em que a bile tem as mesmas propriedades da do adulto.

Monti accentua que só a partir do segundo anno é que se completam as funções do pancreas. Já se tem visto a função apparecer ao quarto mez, e mesmo logo depois do nascimento. Podendo apparecer no 4º mez, só se faz completamente no fim do primeiro anno. Só no segundo anno a bile apresenta as propriedades da do adulto, sua função sendo então completa.

Diz Monti que a transição para a ablactação deve ser muito cuidada, sendo de rigor o uso das pesadas. Devem ser escolhidos os mingaus e caldos gradativamente mais engrossados, devendo no começo serem muito pouco espessos.

Assim do segundo semestre ao 18º mez já pôde a creança ir sendo alimentada com mingaus de sagu, tapioca, arroz, cevada, aveia, etc., o comer o pão torrado.

Quanto a carne, os medicos sempre se mostraram contrarios a alimentação nas creanças menores de dous annos. As ideas de Monti são oppostas; para elle a creança com pouco mais de um anno pôde começar a comer carne, a principio tomando apenas caldos, depois a carne bem cozida ou bem assada e bem fragmentada; a acção demorada do fogo é necessaria para destruir o bacillo de Koch e os ovos das tenias.

Ha grande inconveniente no uso das carnes cridas e entre nós tenho observado muitos casos de tenia, em individuos de baixa edade, que se submettem ao seu uso.

Monti em seu recente trabalho mostrou os bons effeitos do succo da carne e de serem administrados a carne de certas aves (galinhas, pombos, passarinhos, etc.).

Deve-se examinar sempre as fêzes das creanças que mudam de regimen alimentar, afim de saber, de se avaliar enfim, si elles estão aproveitando os alimentos. Si são verdes, muito liquidas, verdadeiro fluxo diarrheico, ou endurecidas e descoradas, por exemplo, o clinico deve estar de sobre-aviso e desconfiar que o regimen alimentar esteja prejudicando a nutrição da creança, o que a Puerimetria poderá demonstrar.

Monti acha que a partir do 18º mez já se deve dar a creança logumes cozidos, (espinafre, cenouras, batatas, ervilhas, arroz, etc.). Quanto aos ovos muitos autores que estudaram a alimentação da primeira infancia, acham que elles devem ser dados na edade de 1 a 2 annos e sempre frescos. Ultimamente levantou-se certa campanha contra os ovos, acreditando-se que elles possam soffrer a acção das toxinas do organismo materno, estas toxinas podendo influenciar sobre o organismo humano. A pratica demonstra que nem todas as creanças das primeiras edades toleram bem os ovos quentes. Para serem tolerados, dolles se usam em mingaus, sôpas, etc. Monti, acha os ovos indigestos, aconselhando-os com parcimonia depois do 15º mez, podendo no 16º em diante serem ingeridos quentes, mas nunca em numero superior a dous por dia.

O café e o chá são excitantes, tonicos cardiacos, que devem ser evitados. Entre nós, os senhores sabem, o quanto se abusa do café, acostumando-se as creanças a tomal-o desde tenra edade. Antes de um anno, estas bebidas pôdem até produzir convulsões. Do 15º ao 16º mez pôde o café ser administrado misturado ao leite. O café é, como disse, um tónico cardíaco, um excitante do systema nervoso, podendo administrar 3 a 4 colheres de café forte quando se quizer excitar uma creança debilitada, em estado de colapso ou de adynamia. As bebidas alcoholicas devem ser banidas por completo. A agua deve ser dada nas refeições na proporção de 150 a 200 grammas.

Eis a taxa das rações que se devem dar as creanças.

Na edade de 1 anno, 5 refeições: 1) de 250 grammas de leite; 2) caldos de amylaceos e 250 grammas de leite; 3) sôpas de caldo de carne de vacca (150 grammas), 4) 250 grammas de leite; 5) 150 grammas de sôpa espessa. Na ração das creanças de edade de 18 mezes, essas doses devem ser augmentadas, dando-se até dous annos a 1ª refeição

de manhã : 250 grammas de leite e 50 grammas de pão ; 2ª refeição (almoço) a mesma alimentação ; 3ª, 250 grammas de sôpa espessa, 75 grammas de carne de vacca, 200 de legumes e 50 de pão ; 4ª, 250 grammas de leite e 50 de pão ; 5ª, 200 grammas de sôpa espessa.

Não se pôde deixar de alludir também aos cuidados complementares do aleitamento : o asseio da bocca da creança, da pelle, o uso das vestes hygienicas de accordo com o clima ; a vida ao ar livre ; duas horas de repouso ao somno de dia e 10 ou 12 à noite.

Ahi ficam as principaes indicações acerca da ablactação das creanças.

10. Prolecção

DA THERAPEUTICA INFANTIL

Occupando-me hoje da therapeutica infantil essa importantissima parte da Pediatria, inicio declarando-vos que para tratar as creanças mister se torna : paciencia, carinho e convicção nos meios a empregar.

No estudo especial da therapeutica infantil deve-se estabelecer antes do mais o cotejo entre as molestias peculiares a infancia, ao adulto e ao velho e estudar as reacções organicas conforme as edades.

Si a technica de exploração dos doentes adultos exige os maiores cuidados e conhecimentos, na infancia ella carece ser modificada, e redobrados os cuidados, tornando-se necessario um prompto diagnostico para que não se seja surpreendido pela marcha rapida da molestia impedindo qualquer intervenção mais tardia.

O diagnostico mal feito arrisca o pratico a indicar uma therapeutica intempestiva ou perigosa que pôde ser de funestissimos effeitos. Tal é o caso, por exemplo da administração de purgativos numa creança mal formada por uma ausencia de anus ou do emprego de constipantes quando existe uma infecção por atonia intestinal.

E' por isso que a therapeutica infantil exige muita reflexão e conhecimentos que infelizmente não se adquirem nos cursos officiaes de nosso paiz, onde o exame da clinica pediatrica é facultativo nas nossas Escolas de Medicina.

Nada é realmente mais difficil do que tratar de um recém-nascido ; elle não falla, não revela o que sente e os seus soffrimentos sendo objectivamente demonstrados pelo modo mais bizarro, impõem-nos muitas vezes o dever de adivinhar em que consistem.

A colica e a otalgia, por exemplo, traduzem-se no recém-nascido quasi que pelas mesmas manifestações e não raro o pediatra se encontra em serias difficuldades para firmar o diagnostico e consequentemente a medicação appropriada.

Encerra por vezes tantas difficuldades o diagnostico dessas manifestações morbidas que um illustre medico brasileiro houvera lembrado a criação de um premio áquelle que melhor fornecesse os dados clinicos para o diagnostico differencial entre a enteralgia e a otalgia, qualquer das duas tão communs no recém-nascido.

O clinico de creanças deve aproveitar tudo o que puder em favor do seu perfeito diagnostico. Si ha por exemplo, entre as pessoas que cercam o doentinho, alguma mais intelligente, ella pôde ser-nos muito util, fornecendo-nos informações que nos levarão, com muito mais facilidade, a firmar a diagnose.

Da mesma sorte uma boa enfermeira será um factor muito favoravel a cura da creança.

O que geralmente porém, ireis encontrar na clinica, de creanças é a inobservancia dos preceitos que houverdes estabelecido.

Si a creança dorme ou repelle o remedio, não se o dá ; junta-se a isso a difficuldade da administração dos medicamentos e da dieta aconselhada e tereis ahi o quadro diario da nossa profissão.

Isso porém, em nada deve modificar a attitudde do medico. Convem que elle explique a therapeutica a ser empregada na linguagem mais clara possivel para evitar os enganos no uso dos medicamentos.

Difficilmente o clinico é cegamente obedecido, e para que o prestigio do profissional possa ser conseguido, torna-se necessario a maior firmeza no modo de exercer a sua autoridade.

Estabelecidas essas preliminares cumpre-me dizer-vos ser preferivel, na infancia, a THERAPEUTICA PATHOGENICA, a THERAPEUTICA SYMPTOMATICA devendo ser empregada com parcimonia e o maior criterio em casos especiaes.

Como preceituum Le Gendre e Broca, não é permittido olvidar-se :

- As phases particulares do desenvolvimento da creança.
- As manifestações especiaes das molestias nessa época da vida.
- As particularidades physiologicas do organismo infantil.
- O modo de administração e a dosagem dos medicamentos.

e) A primeira hypothese pôde-se referir a creança prematura ou portadora de uma debilidade congenita. As interações actas conjunctura tem uma fôlção toda especial, entrando em jogo sobretudo o emprego das incubadoras, um regimen hygienico e alimentar todo peculiar a essa situação do pequeno sér.

b) Com relação a manifestação especial das molestias nas creanças não se deve desconhecer que ellas, si de um lado adquirem-nas com muita facilidade, muito mais rapidamente que o adulto reagem também contra os agentes morbosos, o metabolismo celular do organismo infantil tendo uma actividade funcional muito energica.

Dahi facil é inferir que muito activa também deve ser a therapeutica a aconselhar.

c) Quanto ás particularidades physiologicas da creança e ás quaes já em anteriores preleções me referi, impõe-se-nos uma serie de deducções therapeuticas da maior relevancia.

Sabeis, por exemplo, que a absorção é muito mais rapida nos pequenos seres do mesmo modo que a eliminação, esta, graças a actividade dos emunctorios quando integros.

Tendes um exemplo frisante na absorção e eliminação dos mercuriaes.

A creança, quanto mais tenra, menos probabilidades tem do ser acommetida da estomatite hydrargirica.

Uma vez introduzido no organismo, o mercurio começa a eliminar-se ao cabo de duas horas, depois da ingestão de uma dose moderada; a eliminação extingue-se completamente ao cabo de 24 horas (Jules Simon). Essa eliminação faz-se pelas urinas, pelo suor, pelas fezes e pela saliva.

Sobre o apparecimento da estomatite mercurial duas doutrinas principaes dominavam em sciencia.

A estomatite, porém, em regra começa, como sabeis, pelas gengivas e por isso nasceu outra theoria que mais se coaduna com a verdade. Pensou-se que a acção do mercurio eliminado pelo epithelio bucal a este conferisse uma certa vulnerabilidade, em face dos microbios commensaes que ali habitam, os quaes adquirindo virulencia e proliferando, produzissem a estomatite; dahi a vantagem do emprego dos collutorios antisepticos (chloratos alcalinos, resorcina, asaprol, etc.)

Esta doutrina parece verdadeira visto que o adulto que com este ultimo meio se previne não tem estomatite; por seu lado na infancia ella é excepcional, como já tendes podido apreciar.

Na creança devo acrescentar que a estomatite não se observa sómente porque a flora microbiana da cavidade bucal é tanto mais pobre quanto mais tenra é ella (Nobecourt e Viciarus), mas tambem graças a actividade dos seus emunctorios que permittem a administração de grandes doses de mercurio como de outros preparados desde que sejam fraccionadamente administrados.

Esta sorte os medicamentos não se accumulam no organismo infantil.

Muito cuidado deveis ter porém com as idiosyncrasias peculiares ás creanças, pelo emprego de certos agentes como: o opio, o acido phenico, os antimonias e outros, hoje banidos da therapeutica infantil.

Nunca é demais repetir que a therapeutica infantil offerece difficuldades particulares inherentes, em grande parte, a susceptibilidade das creanças em face de certos medicamentos, principalmente durante os primeiros annos de existencia.

O opio, por exemplo, é um medicamento eminentemente toxico para a infancia e si bem que Jules Simon recommenda os preparados opiaceos empregados em dose minima e com muito criterio, eu concordo com Trousseau que declara que *uma gota de laudano de Sydenham, administrado mesmo em chlyster, poderia matar uma creança!*

Senhores, tenho registrado em meu esriniio clinico varios casos de accidentes graves, para os quaes fui convocado a conjurar e provocados pela applicação inconveniente de preparações pharmaceuticas em que entrava o opio sob qualquer de suas formas.

Não é raro ver-se aconselhar o emprego do Linimento de Sello para fricções da parede do ventre de creanças que soffrem de colicas.

Ora esse linimento contém, para um vehiculo de 60 grammas, quatro grammas de laudano!

A absorção do opio pela pelle é prompta na infancia e por isso tenho muitas vezes assistido a verdadeiros desastres desse emprego. O acido phenico é outro medicamento perigoso pela facilidade com que as creancinhas com elle se intoxicam, até mesmo pela mais branda inalação desse medicamento. Os seus effeitos dirigem-se sobretudo para o rim.

Na broncho-pneumonia por exemplo, em que tendes necessidade, como bem ponderava H. Huchard, de promover a tonicidade cardiaca porque «o mal está no pulmão e o perigo no coração», deveis administrar uma medicação excitante e acida e nunca os depéitmes como os antimonias, aos quaes tão susceptíveis se mostram as creanças.

Segundo os conselhos de Jules Simon nunca os prescrevi na clinica infantil que ha cerca de dez annos exero. No entretanto, raras não tem sido as vezes que, para corrigir o collapsio e a morte eminente em creanças de pouca idade, tenho sido chamado e reconhecido por causa a administração de preparados de antimonio com grave damno para o organismo desses pequeninos.

Quando administrardes qualquer therapeutica ao vosso doentinho, será bom tol-o sempre debaixo do vossa observação. Auxiliam muito o medico o estado do pulso, o exame das pupillas, da pelle (suor), a sede, a fome, a urinação e as condições das dejeções, etc.

Como outra condição do especialista de creanças, convém não esquecer a necessidade que ha de adaptar os medicamentos a esse periodo da vida, adoçando-os, administrando-os em pequenas doses de accordo com as susceptibilidades, o coefficiente toxico do agente therapeutico, o peso da creança, etc.

Hoje, com os progressos crescentes que tem adquirido a medicina infantil, consegue-se de um modo brilhante conquistar o tratamento de creanças as mais recalcitrantes, o que explicava outrora a supremacia da homoeopthia tão facil de administrar pela ausencia do gosto dos seus preparados.

Os intractaveis e antigos medicamentos (a quina, o creosoto de faia, os ioduretos, etc) foram hoje substituidos por derivados quasi inspidos e que são admiravelmente administrados e tolerados (euquina, azul de methyleno, helianthus, thiocol, duotal, os ioduretos em tinturas aromaticas, etc), muitos até como as pastilhas de certos remédios sendo cobicados muito interessadamente pelas creancinhas pelo gosto agradável que tem como as pastilhas de Purgen por exemplo.

A applicação da tintura de iodo topicamente, sempre tão dolorosa, faz-se hoje sem que a creança sofra, bastando para isso juntar-se o gaiacol e o valido!

Ha uma via muito commoda do administração dos medicamentos aos lactantes; quero referir-me ao aleitamento. E assim que se pôde tratar uma creança, fazendo a nutriz ingerir certos medicamentos que passam pela secreção lactea como os mercuriaes, o iodo, os ioduretos, os alcalinos, os ferruginosos, os arsenicaes, etc.

Si esse methodo é util por exemplo, quando a nutriz e o lactante são syphiliticos e quereis de uma só feita medical-os, podeis administrar áquella os preparados mercuriaes que tambem beneficiarão o lactante.

Esse methodo, porém, ao qual todos os medicos muitas vezes tem de recorrer, nem sempre é recommendado pelas doses incertas que a creança absorve, podendo por isso ser causa de accidentes.

Pelas razões indicadas deveis ter o maximo cuidado quando tivordes de medicar uma nutriz, quer seja a genitora ou uma ama, porque certos medicamentos como os opiaceos, alcoolicos, a atropina,

o chloral, o salicylato de sodio, a antipyrina o outros, sendo acarretados ao lactante pelo leite, podem ser por elle absorvidos o intoxical-os.

Já tenho visto varios factos desse genero e a proposito da antipyrina, tão communmente empregada, cito-vos um caso de uma creança de tres mezes em estado hygido e que havendo mamado em sua genitora, affectada de grippe, vinte minutos depois de haver esta ingerido 50 centigrammas de antipyrina, foi logo acommettida de copiosos suores, apresentando o pulso fraco e com abaixamento da temperatura peripherica, phenomenos que cederam ao cabo de pouco tempo.

Os acidos mineraes e vegetaes podem ser, segundo Le Gendre e Broca, administrados ás nutrizes sem inconveniente para os lactantes.

Ha preceitos clinicos que constituem verdadeiros recursos therapeuticos.

A luz pouco intensa é exigida no tratamento das creanças, principalmente muito tenras, e bem assim o silencio. A luz muito viva excita, e os barulhos e ruidos podem excitar tanto a ponto de provocarem convulsões e outros accidentes nervosos.

A temperatura ambiente é um auxiliar do therapeuta na cura de varias affecções. O aquecimento é imprescindivel nas molestias que impoem a transpiração; o ar confinado, *ar ruminado* na pittoresca denominação de Peter, pôde produzir grandes males e até a asphyxia nos casos de certas affecções. A acção franca, a vida ao grande ar, é uma imperiosa necessidade em certas affecções dyscrasias, a tuberculose muito particularmente.

A estimulação da pelle é um recurso de grande valor therapeutico e ahí têm os senhores o grande serviço que nos prestam a revulsão e os banhos (fricções, hydrotherapia, semicupios, pediluvios etc.)

Os banhos podem ser quentes, mornos ou frios, conforme as indicações a preencher.

Aqui tendes visto neste Dispensario, em um caso por exemplo de *cholera infantum*, com collapsus accusado, os beneficios do um banho sinapisado por espaço de 5 minutos e bem assim o valor dos banhos a 28° ou 30° durante dez ou quinze minutos, em creanças portadoras de pyrexias graves, com 40 ou 41°.

O banho frio, e até segundo o conselho de alguns, de agua gelada é tido como um meio heroico em casos de insolação.

Não abuseis, porém, desse precioso recurso, visto que si elle é seguido de admiravel effeito, por exemplo, na broncho-pneumonia, na qual a temperatura é geralmente muito elevada, pelo que vantajoso se tornam os banhos a 30° repetidos de 3 ou de 4 em 4 horas, delles não se têm necessidade, como antithermico, si a febre é a apenas de 38° e alguns decimos. Neste ultimo caso os banhos reiterados poderão depressim muito o organismo infantil.

A balneotherapia é o melhor antithermico conhecido na therapeutica infantil. Ella deve ser sempre preferivel aos antithermicos chimicos (antipyrina, phenacetina, pyramidon, salicylate de sodio, aspirina, equinina, aristochina, etc.) Estes têm a sua indicação em alguns casos em que fallarem os banhos.

A acção salutar dos envoltorios frios nas pneumonias e broncho-pneumonias, tem sido, com justicia, muito preconizada. Sempre porém, que tiverdes de pôr em pratica esse meio, encontrareis uma opposição tenaz das familias que a elle tem um horror injustificavel, do mesmo modo que a revulsão pela tintura de iodo e pela mostarda,

recursos insubstituitivos em certos casos, e as injeções hypodermicas verdadeiros phantasmas das mães de familia!

Recommendo-vos a maior prudencia no emprego dos vesicatorios hoje muito pouco empregados pelos perigos que podem advir.

Quando carecerdes de applicar topicamente um emoliente, calorosamente recommendo-vos o emprego do calor humido graças ao uso de flanelas imbebidas em agua quente e repetidamente substituidas.

As emissões sanguineas só raramente se fazem nas creanças e assim mesmo é as ventosas escharificadas que se recorre em ultima analyse; em casos muito excepcionaes (uremia, congestão cerebral, etc.), pôde a sangria ter indicação.

A electricidade é um factor medicamentoso de primeira ordem e si quizerdes aproveitar a minha observação clinica entre as muitas applicações electricas usadas, lembro-vos os beneficios effeitos da faradisação branda da parede abdominal das creanças nos casos de atonia intestinal aliás tão commum em nosso clima.

A therapeutica tem auferido um grande progresso.

Quem emprega mais hoje a assafetida, por exemplo, medicamento que, na phrase felicissima de um distincto professor da nossa Faculdade de Medicina « só tem uma propriedade — a de foder? »

Quem, hoje, seguirá os antigos methodos do tratamento da coqueluche pela belladonna e da chordea pelo valerinato de zinco ou o arsenico, esperando uma cura que se realisa ao cabo de seis, oito mezes ou um anno, quando hodiernamente, a primeira pelas embrocções antisepticas do fundo da garganta, graças ao methodo do meu pae o Dr. Moncorvo e o meu, e a segunda pela antipyrina, o asaprol, etc., desaparecem em poucos dias?

Quem deixará de prescrever, nos tempos que correm, nos casos em que ha indicação, a dieta hydrica pela primeira vez recommendada por Lutton?

Inutil parece insistir sobre esses factos que tão altamente fallam em favor dos grandes progressos da therapeutica infantil.

Ha, como se vê, no tratamento das creanças particularidades que convém ser realçadas.

As grandes indicações medicamentosas é uma dollas.

Si tiverdes de fazer uma mediocação evacuante, recorrerreis, por exemplo, á lavagem do estomago; ella é pouco pratica e, na clinica civil, difficilmente podereis empregar pela repulsa que vos opporão as mães. No entretanto, teréis de usar dos vomitivos, sobretudo a ipeca em pó, das lavagens intestinaes que deveis preferir por intermedio do enterocolismo de Cantani (por meio de sonda e de irrigador) e dos purgativos (mand, mannila, magnesia descarbonatada, purgen, calomelanos, etc.). Acerca do calomelanos devo repetir-vos aquillo que tantas vezes já me tendes ouvido dizer: elle é um medicamento soberano na infancia e, parodiando o que disse Sydenham do laudano, poder-se hia declarar que « si o calomelanos não existisse, talvez não fosse possivel exorcizar a clinica de creanças ».

Sobre as grandes indicações da antipyrrese já me referi.

Os diureticos prestam na clinica infantil os maiores serviços e bem assim os diaphoreticos e os antipasmicos.

Para combater a insomnia das creanças recommendo-vos, com calor, o trional.

Na medicação tónica, além do que já conheceis, insisto sobre o methodo da medicação hypodermica (arsenico, acido cacodylico, arrhenal e seus derivados, etc.), que, poupando o apparelho gastro-intestinal, levam directamente á corrente circulatoria os agentes medicamentosos.

A medicação antiseptica occupa hoje um lugar de honra na therapeutica infantil. Ao lado dos effeitos da administração dos mercuriaes, da quina, do asaprol, dos antisepticos geraes, extinguindo os que para muitos actuariam, como antisepticos locais ou no amago das agencias moribundas na propria corrente circulatoria ou no amago das visceras e em todos os tecidos em que se accumulam, deve-se citar a vantagem inconcussa da rigorosa antiseptia intestinal, graças a uma cópia não pequena de derivados da serie aromatica e outros.

Os hermostaticos devem ser tambem citados e aos antigos meios (perchlorureto de ferro, alumen, agua de Pagliari e outros) recorremos com utilidade antes á antipyrina e ao asaprol, este ultimo, cuja acção hemostatica foi por mim exuberantemente demonstrada experimental e clinicamente; si não quizerdes usar dos agentes chimicos, teréis ao vosso dispor os meios physicos (agua quente) ou os mechanicos (compressão).

Os meus recentes estudos, nos quaes tenho sido poderosamente auxiliado pelo nosso distincto amigo o collega Dr. Almeida Pires, fazem acreditar na acção antiseptica e hemostatica do collargol, principalmente no tratamento da dysenteria.

Nunca, vos esqueçais da hygiene geral; ella ajudar-vos-ha na conquista da saude das creancinhas que vos forem confiadas á tratamento e que, estabelecida de accordo com as regras geraes que vos hei indicado, é de esperar seja seguido do resultado almejado.

d) E a maneira de formular os medicamentos?

Para terminarmos a preleção de hoje, devo dizer-vos algumas palavras sobre o assumpto.

Na vossa therapeutica, deveis empregar poções, pilulas, pós, lavagens, fumigações, clysters, suppositorios, inhalações, pomadas, injeções hypodermicas, etc.

Tem-se imaginado muitos meios do estabelecer uma base para a posologia infantil.

Vigorou muito tempo, no inicio dos conhecimentos da Podiatria, o formulario ou a taboa de Gabius; seguiram-se as formulas de Yung e Fossagrieves e, finalmente, outras como a de Guinon, etc.

Essas formulas pecam pelo systema com o exercicio da clinica bolecidas e não se coadunam de muitas difficuldades.

Com os mais adiantados pediatras, entendo que, bem conhecido o coefficiente toxico do agente therapeutico, deve-se applicar o na creança, de accordo com o seu desenvolvimento, o peso, a estatura, as condições de sua nutrição, o estado dos seus differentes apparelhos, dos emunctorios principalmente (apparelho digestivo, pelle e rins), a susceptibilidade do infante, as heranças, etc.

Emfim, a pratica conscienciosa indicará ao clinico o manejo seguro dos medicamentos, para que não permaneça no falso preconceito de que, para tratar creanças doentes, seja apenas necessario reduzir as doses dos medicamentos empregados no adulto.

II.ª Preleção

PATHOLOGIA INFANTIL

Diphtheria

Entrando no estudo da pathologia infantil, devo occupar-me hoje da *diphtheria*.

Molestia muito contagiosa, produzida pelo bacillo de Klebs-Löffler, é ella caracterizada pelo apparecimento de falsas membranas sobre a mucosa ou a pelle, com symptomas geraes toxicos.

Historico — O historico da diphtheria pode-se resumir em tres periodos: o 1.º, da antiguidade até Bretonneau, em que o croup era confundido com as demais anginas; o 2.º periodo, em que sobresahiram os memoraveis trabalhos de Bretonneau (1818-1826), os quaes demonstraram a natureza especial do morbo, capitulando o de phlegmasia especifica (*diphtherite*). Seguiram-se os notaveis trabalhos de Trouseau, que asseverou a sua natureza infectuosa, e os de Virchow que estudou a anatomia pathologica da diphtheria; finalmente, o 3.º periodo é o moderno e reporta-se á descoberta de Klebs em 1883, que recebeu de Löffler a confirmação em 1884. Seguiram-se os importantes estudos de Roux e Yersin em 1888 e os de Behring, delles contemporaneos.

Etiologia — O elemento causal da diphtheria é um bacillo que se apresenta sob a forma de um bastonete alongado, dilatado nas extremidades, disposto em zoogléas, não tomando o Gram.

Elle secreta uma toxina violenta que resiste muito tempo, mas se attenua pelo calor.

São communs as associações microbianas (*streptococcus, coccus Brissou, staphylococcus, bacillus coli*) que no tocante á diphtheria tem uma importancia extraordinaria. Dellas depende na mór parte dos casos o prognostico, que será máo sobretudo nos casos da associação *estreptococcica*.

Parece haver uma semelhança entre a diphtheria das aves e a do homem. Affirma-se que o bacillo de Klebs habita normalmente a bocca do homem, havendo, para a eclosão do mal, necessidade de varias causas predisponentes (lesão local da mucosa); na de origem traumatica (operações, ferimentos, vesicatorios); na de origem pathologica (anginas, laryngites, rhinites, conjunctivites, eczemas, etc.); e finalmente a diphtheria pôde ser consecutiva á coqueluche, ao sarampão, a febre typhoide, etc.

O contagio pôde ser directo ou indirecto e os casos esporadicos se explicam de varios modos:

1.º Pela conservação prolongada do bacillo. Vem a pelle citar-vos o caso classico de um pinel que havia servido a uma creança affectada de croup e guardado em um armario, cinco annos mais tarde vindo a infectar uma outra creança que com elle brincara.

2.º Pela conservação do bacillo longo tempo na bocca dos doentes.

3.º Pela existencia do bacillo nas bocas sãs.

A isso, entre nós, pôde-se acrescentar a entrada de emigrantes portadores do germen, que sem duvida explicará o desenvolvimento das pequenas epidemias algumas vezes observadas.

A diphtheria não tem propriamente periodo de incubação, podendo até evoluir em algumas horas.

Dizem os tratadistas que ha certa influencia das estações, observando-se a mais frequentemente durante a primavera, sendo favoravel ao seu desenvolvimento a humidade.

E' uma molestia que aliás pôde reincidir, sendo notorias as difficuldades de uma boa prophylaxia.

Anatomia pathologica — A lesão principal é a falsa membrana com sede frequente nas amígdalas. A invasão não se faz esperar e logo se opera para todo o fundo da bocca, pharyngo, trachéa, bronchios, etc. A mucosa nasal é frequentemente accomittida.

A falsa membrana é a principio branca, tornando-se depois acinzentada.

Para distinguil-a dos inductos pultaceos, colloca-se a n'agua e agita-se, não se dissolvendo, o que aliás não succede aquelles.

Quando a membrana cah, o epithelio denudado sangra.

Em todo o organismo podem-se resumir tres ordens principaes de lesões: a congestão (grande dilatação vascular, podendo chegar á ruptura: hemorrhagias); a *diapedésia leucocytaria*; a *degeneração* e a *neecrose cellulares*.

Pela intensa acção das toxinas observam-se varias lesões nos diferentes appparelhos.

Symptomatologia — Trousseau considerava a diptheria sob tres formas: *benigna, frusta e maligna*, estas ultimas podendo ser *malignas propriamente ditas ou fulminantes*. Peter admittia as formas *toxica e a hypertoxica*. Henoch e Despine e Picot: a *benigna, a media e a grave*.

Clinicamente deve-se considerar a *diptheria pura e a associada*. Na primeira observam-se os phenomenos locais (falsas membranas), e os geraes (produzidos pelas toxinas), dependendo o estado do doente da maior ou menor quantidade do veneno microbiano.

O grupo das diptherias associadas, apezar dos innumerous estudos sobre elles até hoje publicados, ainda é, pôde-se dizer, mal determinado.

Na forma benigna o mal é insidioso, como no inicio de qualquer infecção benigna; a primeira manifestação é a angina, que se vae agravando, apresentando o doente febre de 38° ou 39°, pulso a 120 ou 150, engorgitamento ganglionar o albuminuria. Observa-se em alguns desses casos a cura espontanea, sendo então rara a paralyisia da abobada palatina.

Entretanto cumpre-me revelar-vos que a *forma clinica mais benigna na apparencia pôde transformar-se em uma forma grave*.

Na forma frusta os symptomas são insignificantes, convido cuidar muito dos casos em que o exame da falsa membrana revela a presenca do bacillo de Klebs — Loeffler.

Physionomia muito especial apresenta a forma grave ou toxica, embora o seu inicio se opere como a da diptheria benigna. Ha notoria rapidez de evolução, a temperatura attinge logo a 39° ou 40°, o pulso é pequeno, rapido, inconstavel; sobreveem phenomenos geraes graves, agitação, formação do grande cópia de falsas membranas cinzentas e fetidas, sobreveio ganglionites cervicais. A prostração é intensa, nota-se alteração dos traços physionomicos, a conservação da intelligencia contrastando com grande agitação e insomnia; a morte pôde-se dar ao cabo de 24 horas ou de alguns dias. O cortejo lembra muito nos primeiros momentos o da febre amarella e a proposito acode-me citar-vos um caso de minha clinica em que o mal evolua tal qual o typho ieteroide; eu havia feito a devida communicação á Repartição

Sanitaria, quando ao cabo do cinco dias a situação se modificou e a diptheria se manifestou francamente, tendo sido confirmada pelo exame bacteriologico. Esse caso foi por mim minuciosamente communicado á Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

As associações da diptheria dão-lhe um caracter do gravidade que se deve temer.

Entre as complicações notam-se as adenopathias, as nephritis, as hemorrhagias, as cardiopathias e as paralyisias toxicas.

Estas começam geralmente na convalescença, muitas vezes mesmo um mez depois ou mais e se inicia no vco do paladar, podendo generalisar-se aos membros inferiores e observando-se com certa frequencia a paralyisia do pharyngo.

Não são raros os erythemas e a gangrena e bem assim as manifestações broncho-pulmonares, as arthropathias e as septicemias.

Marcha, duração e terminação — Ha variações na marcha da molestia que na mór parte dos casos tem evolução irregular. A terminação se dá pela cura ou pela morte, podendo a molestia durar de alguns dias a mezes.

São frequentes as recaídas.

Localisações — Angina. O diagnostico differencial deve ser feito com a angina aguda, pultacea, a estreptococcica e a de Vincent. O exame microscopico elucidará o caso, ao lado da marcha da molestia.

O croup é a diptheria do laryngo e neste caso impõe-se o diagnostico differencial com o falso croup que é a laryngite estridulosa.

Os periodos do croup são os seguintes: 1.º *Inicial*: ha alterações da voz e tosse; 2.º *Espasmo*: accessos de suffocação; 3.º *Ostrucção mecanica*: dyspnéa, asphyxia, tiragem supra-esternal, etc.

As outras localizações podem ser tracheal e bronchica, nasal, conjunctival, auricular, buccal, ano-genital e cutanea.

Diagnostic — Neste merece a maior importancia o exame clinico e o resultado das pesquisas microscopicas.

Prognostico — Sempre grave.

Prophylaxia — Como o contagio é facil, impõe-se o isolamento e a desinfecção.

São efficazes as injeções preventivas de Soro de Roux, que, segundo Sevestre, dispensa qualquer outra medida prophylactica.

Tratamento — O mais efficaz é o emprego do *Soro de Roux*. A sua applicação em doses repetidas (20 cc.) consegue a queda das falsas membranas em 36 ou 48 horas.

Costumo sempre proceder, concomitantemente com o emprego do soro, ao uso da desinfecção do fundo da bocca com soluções de resorcina, acido citrico, etc.

Ha casos em que se impõe a *tracheotomia*, tendo sido por muitos autores aconselhada a *tubagem*.

Eis o que rapidamente ou vos pudo dizer a proposito da diptheria, que é felizmente uma molestia relativamente rara no Rio de Janeiro, parecendo apresentar-se ella entre nós com uma certa benignidade, certamente graças ás condições do nosso clima.

12. Prelecção

EXANTHEMAS

Escarlatina

Começarei hoje o estudo das exanthemas febris occupando-me da escarlatina, pôde-se dizer o mais grave de todos.

E' uma molestia observada em todos as edades e commun na infancia em certas zonas do globo.

No Rio de Janeiro a escarlatina é actualmente rarissima, esporádica mesmo. No entretanto, houve de 1830 a 1850 entre nós, segundo affirmou o Barão de Lavradio, epidemias mortíferas. Em 1871 a 1872 a escarlatina declinou, havendo então um pequeno incremento, atten-uando-se dahi em diante a ponto de tornar-se hoje, como já disse, rarissima em nosso meio.

História — Até 1556 a escarlatina foi confundida com os demais exanthemas (Rossania). Deve-se a Sydenham a sua descripção que ficou classica.

Assignalaram-se as grandes epidemias da Inglaterra e foram grandemente proveitosos á Sciencia os estudos de Graves, Trouseau, Charles West, Rellicet, Barthez, Cadet de Gassicourt, Sanné e Guinon.

Etiologia — O contagio, na escarlatina, pôde ser directo ou indirecto, sendo a mais frequente fonte de propagação a pelle e a mucosa da garganta. A infecção inicia-se na mucosa pharyngeana.

O contagio do doente ás pessoas sãs por meio dos objectos, parece provado. Ha exemplos de roupas de escarlatinosos guardadas por espaço de um anno, tendo infectado creanças sãs. Citam-se casos de contagio a grandes distancias por meio de livros, cartas, objectos diversos, etc.

A preposito do contagio ha uma questão que ainda não está resolvida, é a que se refere ao periodo do mal em que maior é o contagio. Para Sanné é elle maior na época da descamação e tem sido referidos casos de creanças, seis, seto e dez semanas apoz a descamação, e de havorem tomado o banho classico, terem contaminado outras creanças.

Girard em 1865 affirmava que o maior perigo de contagio se observa no inicio da escarlatina. Em uma época mais recente (1882—1887) varios observadores, entre os quaes Sevestro, provaram que o contagio se dá no periodo eruptivo e pre-eruptivo.

Mais recentemente ainda Lemoine pretendeu demonstrar que aquelle se opera no inicio da affecção, no periodo da angina, dos phenomenos inflammatorios da bocca e do pharynge.

Edade — A escarlatina pôde acometter individuos de todas as edades, e até os recém-nascidos, embora sejam estes um tanto refractarios.

O maximo da mortalidade observa-se na idade de dois a tres annos. As creanças tem menor predisposição para a escarlatina que para o sarampão.

Incubação — Ella pôde ser de algumas horas a 17 dias. Para Sevestro tem uma média de quatro a cinco dias. Nota-se que não ha relação entre o tempo da incubação e a gravidade do mal.

Bacteriologia — Tem sido até agora em vão todas as pesquisas tendentes a demonstrar a especificidade de qualquer germen.

Muitos e notaveis microscopistas como Klein, Lesfler, D'Espiné e Marinac e Wurtz, pensam que seja um estreptococco o agente causal da escarlatina. Para D'Espiné e Marinac elle seria differente dos outros (mais pequeno).

Um caso de escarlatina no qual fiz investigações microscopicas pareceu-me poder confirmar as asserções desses autores.

Alguns observadores pensam tratar-se de uma variedade do estreptococco pyogenico, o que parece ter um fundo de razão diante dos estudos de Jacoud e Heubner provando a simultaneidade da erysipela e da escarlatina.

Segundo Moissard não se pôde asseverar ainda qual o germen específico da escarlatina, sendo todavia notavel o papel do estreptococco nas complicações.

Anatomia pathologica — As lesões mais communis são as da pelle, do systema lymphatico e dos rins. Ha hemorragias e congestões visceraes, tumefacção dos ganglios lymphaticos, mórmente da região cervical, thromboses venosas, degeneração do myocardio, fígado augmentado o mólle, e desordens anatomo-pathologicas de fundo da bocca. Ulcerações do pharynge e do larynge (Hensch).

Pôde haver meningites e arthrites suppuradas, abcessos, peritonites, etc.

Symptomatologia — Notam-se tres periodos: de invasão, de erupção e do descamação.

1º (Invasão) — E' rapido e quasi sempre grave; observam-se phenomenos geraes, mau estar, calefrios, febre elevada (40° o mais), vomitos e dôr de garganta, pulso cheio o frequente; a pelle é secca e o doente tem agitação e delirio.

Os ganglios sub-maxillares mostram-se turgidos, ha estado saburral (língua vermelha na ponta e nas bôrdas), rubor da garganta (vão do paladar, amygdalas e pilares) com pontilhado escarlateo (enanthema).

A angina pôde ou não apresentar um inducto pultaceo.

O periodo de invasão dura geralmente de 12 a 36 horas.

2º (Erupção) E' variavel. — Enquanto na Varicella e no sarampão o exanthema começa pela face, na escarlatina elle inicia-se frequentemente pelo peito, ventre, axillas e pescoço. A principio sobrepõem papulas da dimensão de uma cabeça de alfinete, vermelhas e elevadas sobre a pelle, com infiltração epidérmica e cercadas de uma zona congestiva.

A erupção pôde ser confluenta ou não e apresentar varios aspectos. Ella pôde ainda ser discreta ou fugaz.

Nas formas confluentes, grandes regiões da pelle são invadidas pela erupção, dando o aspecto de extensas manchas escarlates côr de vinho. Raramente as manchas attingem a face.

A erupção tem por característico um facto que deve ser sempre averiguado : a pressão do dedo sobre a pelle deixa uma raiá branca, persistente apparecendo no centro uma raiá rosea delgada (raia escarlatina de Borsière). Isto é um signal importante.

Nas escarlatinas malignas são communis a purpura e varias hemorragias (epistaxis, hematurias).

O ardor da pelle ou o prurido são raros na escarlatina.

Do 3º ao 5º dia nota-se a descamação da lingua, com o apparecimento das papilas (língua de frambuez), sede viva, o appetite nullo, olurgia o muitas vezes albuminuria (o que no principio é de má prognostico, por ser indicio de malignidade).

O período de erupção dura de cinco a sete dias. A febre vai diminuindo e ao cabo de 10 dias geralmente inicia-se a descamação.

3º (Descamação) — A descamação pôde ser abundante; a pelle torna-se rugosa, com pequenas elevações, destacam-se finas escamas, deixando manchas que não tardam a desaparecer.

As substancias gordurosas auxiliam a descamação. Nas formas anormais observam-se as anomalias da erupção (formas frustas, anginas, febre, hemorragias) e as de evolução com symptomas genes diversos.

A forma apyretica foi bem estudada pelos professores Reliott e Barthéz, o sobreveio com angina branda; o diagnostico é difficil, sendo possível a confusão com os erythemas escarlatiniformes e os produzidos por certos medicamentos (antipyrina, iódicos, mercuriaes, etc.)

Observa-se as vezes a erupção latente.

Na escarlatina maligna parece haver uma virulencia exaggerada do estreptococco e muito exigua resistencia organica do doente (L. Guinon), além do papel das associações microbianas.

Assignalam-se quatro variedades de escarlatina maligna: a fulminante, a nervosa, a hemorragica e a maligna tardia.

Complicações — Não são raras a angina grave complicada de otites suppuradas, as adenites e os adeno-phlemões da região cervical. As anginas podem-se apresentar sob a forma pseudo-membranosa e chegar até a gangrena com grandes ulcerações e com phenomenos goraes septicemicos.

Entre outras complicações nota-se: o corysa, a broncho-pneumonia estreptococcica, que não é commum e o pleuriz suppurado, do qual já tive um exemplo na clinica.

Observam-se ainda: pericardites, endocardites, accidentes nervosos consecutivos, as lesões renaes (uremia), etc.

As paralyrias são raras, não o sendo, no entretanto, as arthropathias, o pseudo-rheumatismo, escarlatiniforme, a vulvite, a orchite, etc.

A lesão mais frequente na escarlatina é a nephrite e dahi a frequência da anasarca no decurso daquella. A nephrite escarlatinoso observa-se em 30% dos casos e a albuminuria precoce ou tardia é a consequencia da nephrite. Raramente ha hematuria.

São communs: o edema da face, a anuria nas formas super-agudas acompanhada de phenomenos uremicos.

A nephrite pôde curar-se, persistindo a albuminuria por duas, tres ou quatro semanas.

Parece provado que seja o elemento causal da nephrite o estreptococco e a causa occasional o frio.

Diagnostic — Nos paizes em que a molestia domina, o diagnostic é, na maior parte dos casos, facil.

Entre nós, porém, o mesmo não se dá. A confusão não é difficil com as anginas, a rubella (que não acarreta a angina), os erythemas medicamentosos, a dermatite exfoliativa, os erythemas escarlatiniformes, etc, etc.

Prognostico — Variavel, segundo os casos e as epidemias.

Na Inglaterra a escarlatina apresenta grande gravidade.

A mais benigna escarlatina pôde adquirir rapidamente a maior gravidade. As complicações podem tornar do extrema gravidade o caso mais benigno.

Tratamento — Nas formas benignas, bastam, ás vezes, sómente os cuidados hygienicos.

Os diaphoreticos são muito empregados (acetato de ammonia na dose de 50 centigramas a 5 grammas, o aconito, o jaborandy, etc.) Impõe-se a rigorosa antepsia da bocca e do nariz (acido salicylico, acido citrico, resorcina, asprol, agua oxygenada (1:12), etc).

Deve haver muita reserva no emprego do acido phenico por muitos calorosamente recommendado.

Banhos antisepticos.

Antepsia de todas as cavidades naturaes.

Dieta, regimen lacteo absoluto, ao qual Jaccoud deu a maior importancia.

Nas formas anormais, deveis combater os symptomas apresentados por uma medicação bem dirigida.

Nas formas graves Moizard aconselha com enthusiasmo os banhos frios.

No tratamento da nephrite, além do regimen, deveis empregar os purgativos, o tannino e seus derivados, etc.

Muitos tem, na escarlatina, o seu effeito, o *Séro anti-escarlatinoso*. (Marmoreck, Roger, Moser). A sua efficaçia é ainda indecisa.

Ahi está, meus senhores, o que vos pretendia dizer a proposito da escarlatina.

13.ª Prelecção

Sarampão

Eis, meus senhores, uma das mais generalisadas affecções que existem em todos os pontos do globo.

Elle apresenta notavel frequencia entre nós, sendo rara a creança que delle escape.

Historico — Durante muito tempo foi o sarampão confundido com a escarlatina e com a variola. Muitos observadores como Sydenham, Bateman, Trousseau e outros, estudaram-no com certa vantagem.

Entre outros clinicos, Sevestre e Girard pretendem demonstrar o maximo de contagio no periodo da invasão da molestia.

Foi, porém, graças a mais recentes estudos de Cornil e Babes o do Lesage que melhor ficou caracterisada a evolução do sarampão.

Sobre o assumpto sobem a centenas os trabalhos nestes ultimos vinte annos publicados.

Etiologia — O sarampão é, pôde-se dizer, a mais commum das molestias infecto-contagiosas, sendo geralmente endemico nas cidades de grande extensão e apresentando-se sob a forma epidemica nos pequenos centros, aldeias etc.

No Rio de Janeiro a mortalidade pelo sarampão parece mais fraca que nos paizes europeus.

As estações em que mais domina nos climas frios são a primavera e o estio, pouco variando no que concerne ao nosso meio.

Quando o sarampão invade uma região pela primeira vez, a epidemia adquire quasi sempre rapido incremento e uma desmedida gravidade, como succedeu nas ilhas Féroé em 1845.

Não parece haver predilecção da molestia por este ou aquelle sexo; com a idade, no entretanto, o mesmo não se dá. Si bem que os

indivíduos de adiantada idade, delle possam ser accommettidos, não resta duvida seja a infancia a sua preferida. Sendo o sarampão raro no recém-nascido, elle apresenta o seu maximo de frequencia no periodo dos 2 aos 5 annos, como o provam as estatisticas do *Hospital-Trousseau* e as do *Dispensario Moncorvo* entre nós.

O sarampão geralmente não accommette o individuo mais de uma vez, parecendo conferir-lhe uma certa immunitade. Entretanto, assim como já succedeu a observadores europeus, tenho visto individuos terem o mal duas e tres vezes em epochas diversas da vida.

O contagio para o sarampão é indiscutivel e a observação demonstra poder elle ser directo ou indirecto.

A principal fonte de propagação parece estar ligada ás secreções das mucosas e os hodiernos estudos levam a acreditar-se que ella se opera com mais intensidade no inicio do mal, antes da erupção.

Sevestre chega a fixar uma *zona perigosa* de tres a quatro metros em que o sarampão se propaga; Grancher, porém, disse ter observado o contagio á distancia até de 12 metros.

O contagio indirecto se faz pelos objectos, as vestes, os brinquedos a roupa dos medicos, dos enfermeiros e de outras pessoas que estiveram em contacto com o doente. Está, porém, provado que o germen do sarampão, qualquer que elle seja, perde facilmente a sua virulencia fóra do organismo, para muitos, até extinguindo-se ella ao cabo de tres ou quatro horas.

Nas collectividades, nos collegios, asylos, etc., o contagio se opera com facilidade, não raro ahi se notando francas epidemias.

Bacteriologia — O germen do sarampão ainda não pode ser até hoje isolado, a despeito dos estudos de Coze e Foltz, Babes, Canon, Bârbier, Mery e outros.

Insistem, porém, alguns desses autores na frequencia do estreptococco nos casos de sarampão, sobretudo nas complicações (otites, broncho-pneumonias, estomatites, etc.)

Anatomia pathologica — As lesões principaes assestam-se na pelle, nas mucosas e nos parenchymas e estão na dependencia dos germens que as produzem.

A laryngite do sarampão pôde ser catarrhal ou ulcerosa e tem-se assignalado, na mucosa intestinal, a hypertrophia dos folliculos fechados e das placas de Peyer.

O systema lymphatico é menos intensamente accommettido do que na escarlatina.

Nas complicações, sobretudo bronchopulmonares, observam-se as lesões communs a esses casos.

Nada se nota para o lado do sangue, de especial.

As lesões tuberculosas são, relativamente communs nos cadaveres de creanças fallecidas de sarampão, do qual são ellas complicação frequente.

Symptomatologia — Como molestia cyclica que é, o sarampão, apesar das pequenas differenças relativas a idade, ao terreno, ao meio emfim em que vive o doente, evolue, como quasi todos os exanthemas febris, com quatro periodos: de *incubação*, de *invasão*, de *erupção* e de *descamação*.

1.º (Incubação) — Ella é no maximo de 10 dias. Geralmente, porém, ao cabo de sete ou oito dias, o doente começa a apresentar febre, acompanhada dos phenomenos geraes, o catarrho occulo-nasal não tardando a apparecer, attingindo o mal ao periodo de invasão.

Segundo Comby o Plantengo durante a incubação opera-se uma hyperleucocytose polynuclear, mostrando-se elevado ao triplo o numero dos leucocytos.

2.º (Invasão) — Neste periodo explodém os phenomenos geraes, sobretudo a febre elevada e a hypermia cutanea. Observa-se então o *exanthema* classico, ao lado do intenso catarrho das mucosas. Esse periodo dura, geralmente, de tres a quatro dias.

Afóra os casos irregulares observa-se communmente a inappetencia, sede viva, *facies* vultuosa, agitação, vomitos e excitação nervosa. A febre medea, geralmente, de 39,5 a 40°.

Comby insiste na *estomatite erythemato-pultacea* dos sarampentos, declarando ter ella o maior valor para o diagnostico differencial nos casos duvidosos. Do mesmo modo se manifesta Koplik, da America do Norte, com relação as *pequenas manchas rosas, ou vermelhas com um ponto azulado no centro*, observado na superficie interna das bochechas e dos labios (*Signal de Koplik*). Este signal tem sido muito contestado.

Alem da amygdalite que acompanha o periodo de invasão do sarampão, deve-se citar o *rash* que, embora raramente, pôde existir, como em alguns casos já observei.

3.º (Erupção) Quando a temperatura ascende, geralmente, a 40°, no 4.º dia de molestia, sobrevem a erupção de manchas rosas, ou vermelhas, pouco salientes, não asperas, de formas variadas, começando por invadir a face, sobretudo ao redor dos orificios naturaes e acabando por formar como que uma mascara.

Ao cabo de 24 horas o tronco e os membros são invadidos pelo exanthema, até que, em geral, no fim do 2º para o 3º dia a erupção se mostra generalizada. No fim do 4º ou do 5º dia o exanthema começa a empallidecer, não tardando as manchas a tornarem-se escuras.

O aspecto da erupção pôde variar, sendo até em alguns casos pruriginosa.

Afóra uma complicação broncho-pulmonar (a mais commun) renal ou outra, a deferrescencia da febre se opera ao lado do empallidimento da erupção, descendo o pulso muitas vezes do 140 ou 130 a 80 e 70 pulsações por minuto.

Não é raro a tosse nos sarampentos, sobretudo, nesse periodo. 4.º (Descamação) Após os phenomenos citados passa o doente a este periodo caracterizado por uma descamação mais ou menos abundante e cuja duração pôde exceder de uma semana.

O sarampão nem sempre evolue como acabamos de descrever e as formas anômalas ou as complicações podem mascarar completamente a physionomia da molestia, transformando-a de uma molestia benigna, cyclica, curavel até na môr parte das vezes expontaneamente, em um môrbo de excepcional gravidade.

Por isso chamo a vossa attenção para os casos malignos, hyperthermicos, ataxo-adynamicos, hemorrhagicos, etc.

Complicações — Ellas assestam-se, principalmente, no apparelho respiratorio (laryngites, anginas, bronchites, broncho-pneumonias, etc.) e no apparelho digestivo, onde pôde acarretar graves desordeus, das quaes a principal é a gangrena da bocca (*noma*).

Alguns casos deste genero já tentes observado neste Dispensario e por isso inutil me parece insistir sobre o seu perigo.

Nos órgãos dos sentidos não raro se observam complicações serias (conjunctivites, keratites, otorrheas, mastoidites, rhinites, etc.)

Para o lado dos órgãos genito-urinaes, podem existir as vulvites ulcerações divorsas e até o noma da vulva.

Felizmente a nephrite não é tão commum como em outros exanthemas.

As lesões do appparelho circulatorio (myocardites, endocardites e pericardites) são também raras.

O tegumento externo soffre muitas vezes bastante e aqui mesmo em nosso Serviço deste Dispensario tendes tido occasião de observar innumeras vezes accidentes cutaneos consecutivos ao sarampão.

Das manifestações morbidas para o lado do systema nervoso, a mais importante é sem duvida a meningite que na mór parte dos casos é a consequencia de uma verdadeira septicemia de natureza estreptococcica ou pneumococcica.

Prognostico — Apesar de se tratar, como já dissemos de uma molestia benigna, o sarampão pôde apresentar em certas condições a maior gravidade, o que nos impõe uma certa reserva.

O que se pôde declarar com certa firmeza é que elle é muito mais grave na primeira infancia do que na segunda.

O terreno sobre o qual se enxerta o sarampão tem o maximo valor para o estabelecimento do seu prognostico. Nas creanças tuberculosas a molestia pôde adquirir inconteste gravidade e até acarretar a morte mais ou menos rapida, como em muitos casos que já tenho aqui tratado.

Diagnostic — Pelo que acaba de ser resumido nas palavras que vos dirigi, já podeis imaginar as difficuldades relativas do diagnostico nos primeiros momentos de observação do doente, quando não se está em face de uma epidemia evidente, ou não se verificou anteriormente no mesmo domicilio, caso algum outro da molestia.

Demais o periodo de invasão do sarampão é ôra brusco, ôra insidioso.

Nos paizes em que reinam a gripe, a escarlatina, a varíola e a febre amarella, o diagnostico precoce do sarampão é, como já tendes podido ver neste estabelecimento, quasi impossivel.

O enanthema, a *facies* caracteristica, o catarrho occulo-nasal, a elevação thermica e o aspecto da erupção, offerecem um conjunto de dados que, ao lado da marcha dos symptomas, levarão ao pratico a convicção de que está em face de um caso de sarampão.

Tratamento — Nos casos simples nos quaes não ha interferencia de complicações, quasi que o tratamento deve consistir, unicamente, nos cuidados hygienicos para com o doente e o meio que o cerca e sobretudo na antisepsia dos orificios naturaes (lavagens dos olhos, nariz, bocca e garganta, ouvidos, orgaos genitaeis e enterocolismos com solutos de boricina, resorcina, asaprol, ichthyol, collargol, chloratos alcaínicos, etc.).

O doente deve ter certa dieta para evitar as complicações gastro-intestinaes.

Para attenuar a hyperthermia e favorecer o apparecimento do exanthema, emprega-se muitas vezes com vantagem poções antithermicas e excitantes diffusivas (acetato de ammonia, salicylato de sodio, antipyrina, quinina, etc.).

Ha casos em que a balneotherapia tem toda a applicação, mórmente, quando existe a complicação broncho-pneumonica.

A phototherapie é um recurso que me parece dever ser sempre utilizado, visto que a minha pratica confirma as observações europeas, desde os trabalhos de Chatinire (1900). Logo as primeiras suspeitas de sarampão costumam conservar o doentinho sob a acção da luz vermelha, dia e noite.

Os banhos antisepticos com sabões de acido salicylico, sublimado, ichthyol ou outros são da maior utilidade no periodo da convalescencia.

Prophylaxia — Embora difficil ella não deve ser descurada. Sabe-se hoje que a prophylaxia deve ser estabelecida logo no inicio do mal.

Impõe-se então o isolamento do doente. A desinfecção de todos os objectos de que se utiliza ao doente, as suas roupas e as proprias vestes das pessoas da familia, do medico ou do enfermeiro, podem servir de vectores ao agente productor do sarampão.

Eis, Senhores, o que, resumidamente, pareceu-me acertado transmittir-vos a proposito do sarampão.

14.ª Prelecção

Roseola

Não querendo que escape nestas palestras nenhuma indicação que vos possa ser util, referir-me-hei, continuando a tratar dos exanthemas, da *roseola*.

Roseola ou *rubeola* é uma febre eruptiva muito benigna, contagiosa, tendo traços bastante accusados de semelhança com os outros exanthemas e sendo peculiar exclusivamente á infancia.

Historico — Antes de serem aprofundados os estudos de pathologia infantil, a *roseola* era confundida com os erythemas de varias naturezas. Deve-se, pode-se dizer, ao sabio professor Henoch ter-a descrito como uma molestia autonómica. Ha pouco tempo, porém, os americanos quizeram constituir da *roseola* uma affecção nova, havendo-a cognominado de *quarta molestia eruptiva*. E não é de admirar essa pretensa innovação, visto que medicos allemães illustres já haviam querido considerar a *rubeola* como uma molestia, representando uma combinação do sarampão e da escarlatina, o que de modo algum pôde ser admittido.

Etiologia — A causa proxima é o contagio raramente mediato e ordinariamente directo.

A *rubeola* é uma affecção infecto-contagiosa rara, mórmente em nosso meio. Eu tenho della observado nesta capital alguns casos.

Essa affecção lastra as vezes com o caracter de pequenas epidemias no seio das familias ou das agglomerações (collegios, asylos, hospitales, etc.), sempre notando-se a sua preferencia em atacar as creancinhas.

O virus da *roseola* é contagiado directamente pelo doente aos individuos em estado hygido ou vehiculado pelos objectos que áquelle serviram.

Como o agente microbiano do sarampão, o da *roseola* tem um poder contagioso pouco activo, sendo difficilmente transportado a grandes distancias.

A época mais perigosa para o contagio é a da invasão da moléstia; uma vez processada a erupção, parece não haver mais possibilidade de contaminação, sendo o período de contagio considerado por isso de 4 a 5 dias.

Um individuo que teve a roseola está em geral immune. A reincidência é para a roseola uma excepção do mesmo modo que para os outros exantemas.

Symptomatologia — A affecção apresenta, como todas as outras febres eruptivas, 4 períodos: o de incubação, o de invasão, o de erupção e o de descamação.

A incubação é de 12 a 14 dias; a invasão é mais rapida que a do sarampão.

Os phenomenos observados na invasão da roseola são os de todos os exantemas em geral, porém, sensivelmente attenuados.

Parece assentado que durante a incubação se opera uma hyperleucocytose de leucocytos polynucleados que não tarda a desaparecer, no fim do período de invasão da moléstia, verificando-se uma hypoleucocytose que augmenta durante o apparecimento da erupção.

Ao contrario do que se passa no sarampão não existe senão raramente o exanthema e muito menos o estado catarrhal premonitório (catarrho occulo-nasal, etc.) e o signal de Koplik.

As vezes o exanthema sobrevem, porém, já em período adiantado da infecção.

A febre é branda (38° a $38^{\circ} 1/2$), raramente se havendo assignalado altas temperaturas; o período febril dura em geral 1 ou 2 dias.

Como o sarampão, a erupção da roseola inicia-se, em geral, pela face, invadindo depois o tronco e os membros.

O erythema da rubella pôde variar, em alguns casos apresentando o caracter morbilliforme ou escarlatiniforme ou ainda mixto.

O que é verdade é que na mór parte dos casos, elle é polymorpho, o que leva muitas vezes o clinico a firmar o diagnostico de roseola.

O lacrimejamento, o catarrho nasal, uma leve angina, são phenomenos muito raramente assignalados. Entretanto as adenopathias cervicaes e outras podem existir, começando com a moléstia e perdurando mesmo uma vez esta já extinta.

O período de descamação durando de 3 a 4 dias após a erupção, é caracterizado por um apagamento do rubor da pelle que não tarda a apresentar uma descamação fina, furfuracea e por vezes com prurido.

Prognostico — E' das affecções infantis mais benignas conhecidas, sendo frequente a cura expontanea e excepcionaes as complicações.

Diagnostico — Já vos fiz ver a proposito da etiologia e da symptomatologia, de um lado, as analogias da roseola com os outros exantemas e de outro, as particularidades que a fazem uma moléstia a parte entre as quaes: a sua raridade e o seu caracter epidemico (mais que as outras febres eruptivas, etc.).

O período de invasão da moléstia, a ausencia dos phenomenos catarrhaes e do exanthema, a benignidade da febre e a marcha rapida do cyclo morbido, fazem distinguil-a do sarampão.

A ausencia da angina accusada, do exanthema pharyngeano, da pyrexia consideravel, da descamação da lingua, a forma da

erupção e da descamação são os principaes elementos que servem para o seu diagnostico differencial com a escarlatina.

As erupções toxicas ou estivaes, os erythemas de natureza gastrointestinal e os medicamentosos evoluem de um modo tão especial, que são difficilmente se podem confundir com a roseola que sobrevem quasi sempre com o caracter contagioso e epidemico e tendo estigmas que raramente fallham como as adenopathias cervicaes, axillares e inguinaes.

Tratamento — A therapeutica da roseola é a mais simples possivel. O repouso, o regimen dietetico e outros cuidados são em geral sufficientes para o prompto restabelecimento do doente.

Entretanto eu vos aconselho a antiseptia das aberturas naturaes (olhos, ouvidos, nariz, bocca, etc.).

A balneotherapia antiseptica é util no período da descamação.

Quanto a prophylaxia, aliás difficil de executar pela precocidade do contagio, deve consistir na antiseptia das cavidades naturaes do doente e no isolamento que deve ser de 10 a 15 dias.

15 Prolecção

Variola

Devo occupar-me hoje da variola na infancia, moléstia que vos deve ser muito familiar, porquanto, infelizmente, ella domina a pathologia infantil do nosso paiz, desde as mais remotas eras.

A variola é a que representa de modo mais claro o typo das febres eruptivas.

Si bem que essa moléstia tenda a desaparecer do quadro nosologico graças ás medidas de hygiene e prophylaxia entre as quaes sobresalho a vaccina, ella ainda fez, em muitos pontos do Globo, estragos consideraveis, dizimando em larga escala e até recém-nascidos, quando não se acham immunisados.

Historico — Abstenho-me de fazer o historico detalhado da variola na infancia, porque elle já foi mais ou menos feito, a proposito dos outros exantemas.

Desejo apenas dizer-vos que, de longa data, a variola vae ceifando nesta capital um numero consideravel de victimas entre a população infantil.

Em meu trabalho sobre a «Mortalidade infantil», em 1901 publicado, já houvera inserido o quadro mortuario de um quinquennio (1885-1890), pelo qual se via que, de 2.351 creanças de zero a 15 annos fallecidas de variola, 506 tinham idade menor de um anno, 1.287 tinham de um a cinco annos e finalmente 553 pertenciam ao grupo de cinco a 15 annos.

No ultimo incremento que a variola tomou entre nós, as creanças foram atacadas numa desoladora proporção.

Com tristeza sou obrigado a relatar que tão deploravel facto reconhece por origem a relutancia de nossa população em accoitar a vaccinação como o meio mais heroico para evitar a moléstia.

Paizes ha, como Alemanha por exemplo, em que, graças a rigorosissimas medidas, a variola é uma affecção excepcional, e os

registos de obitos já não encerram, ha alguns annos, casos de variola.

Etiologia — E' facto de observação que um feto provindo de uma mulher accommettida de variola nos ultimos mezes da gestação, pôde vir ao mundo affectado de variola congenita, cuja erupção evolue de modo um pouco differente pelas condições da vida intra-uterina.

Facto contrario tambem tem sido assignalado: uma gestante ter variola e seu producto nascer immunisado por algum tempo.

E' sobremodo curioso o caso de Kaltenback, que se tornou classico em sciencia, de uma mulher que havendo tido variola por occasião do parto, dera á luz a tres creanças, das quaes uma nada apresentava, as duas outras achando-se em plena erupção variolica.

A variola nas mulheres gravidas pôde, no 3º ou 4º mez de gestação, occasionar facilmente abortos, como se observa com um certo numero de outras affecções. Na gestação mais adiantada, porém, o parto prematuro é muito menos observado e os fetos nascem em condições de immunidade ou sob o influxo da molestia.

O virus da variola é eminentemente contagioso e parece provado que o contagio se faz pelo puz das pustulas e das crôstas da descamação.

Como para os outros exanthemas, os investigadores não se tem fatigado de procurar o agente especifico da variola. Pôde-se entre elles citar Cornil, Babes, Roger e Weil, estes dous ultimos havendo pretendido estabelecer a especificidade de uma esporozoarío.

Embora desconhecido o germen da variola, a clinica demonstra não se propagar elle pelo ar a distancias muito grandes, sendo, porém, facil a contaminação pelas roupas e outros objectos que serviram ao doente. Os proprios medicos podem ser os vehiculos da molestia.

O contagio directo é o mais observado e tudo leva a crer que elle se dê pelas vias respiratorias, graças a inalação dos productos da erupção do doente. Tem se, todavia, assignalado a possibilidade de contaminação pelo aparelho digestivo e tambem pela pelle por inculcação directa.

A esse proposito não estou longe de acreditar que o mosquito, cujo papel hoje na pathologia tanto tem preoccupado os observadores de varios paizes, possa em muitos casos ser o propagador do mal.

Entre alguns casos de minha clinica que me tem levado a essa presumpção, recordo-me de um pequenino de poucos mezes e que, picado na região frontal por um mosquito, ao cabo de alguns dias tinha no ponto da picada uma verdadeira pustula, não tardando a erupção a generalisar-se sob a forma confluenta, vindo o doentinho a succumbir.

Citam-se como unidades os casos reaes de immunidade natural o fôra disso só um accommettimento anterior ou a vacinação jenne-riana conseguem a immunisação.

Deve-se, porém, relevar que a variola pôde reincidir, e a sciencia tem registado varios casos, e até um na Italia, de uma velha, que tendo sido accommettida sete vezes da molestia, veiu a fallecer, da ultima, de variola hemorrhagica.

Anatomia pathologica — Quando a erupção não está completada, a pelle apresenta as lesões naturaes das maculas e papulas, congestão do derma, dilatação dos capillares sanguineos e lymphaticos.

Quando a molestia já está adiantada, são as lesões proprias das pustulas que se encontram, notando-se grande cópia de hematias e

leucocytos e o aspecto peculiar á inflamação da pelle, muitas vezes com infiltração edematosa do derma.

No ultimo periodo da variola a pelle apresenta as lesões cicatriciaes.

As lesões visceraes são as das graves infecções: lesões do fígado (gordura), dos pulmões e dos rins (congestão), do coração (myocardite). Nota-se por outro lado alteração consideravel do sangue, não sendo raro, nos casos de variola hemorrhagica, derrames em varios orgaos eapparelhos.

Symptomas — Deve-se ainda considerar na variola os quatro classicos periodos: de incubação, invasão, erupção e descamação.

A incubação pôde ser de nove a doze dias, e o inicio da molestia se faz de um modo brusco, sendo annuciado pelos phenomenos que sempre abrem a scena ás graves infecções (cafeírio, febre elevada, rachialgia, cephaléa, vomitos e convulsões em alguns casos e cóma em outros). Os phenomenos que acabam de ser assignalados podem apresentar a maior gravidade mórtemente nas creanças taradas.

A temperatura pôde atingir a 40 ou 41º e assim se manter por dous ou tres dias, acompanhada de estado congestivo de alguns orgaos (cerebro, medula, etc.).

Ao cabo de tres ou quatro dias inicia-se a erupção precedida do um rash (erupção fugaz), que pôde apresentar o aspecto escarlati-niforme, morbilliforme ou purpurico localisado no tronco e invadindo depois os membros.

A erupção propriamente começa sob a fórma de maculas vermelhas que não tardam a se acuminaem, transformando-se em papulas, que, 24 horas depois, cercando-se de uma aureola inflammatoria, chegam á formação de verdadeiras pustulas, que serão tanto mais puintas quanto mais robusta é a creança.

A erupção que pôde ser discreta, dissemina-se pela face, tronco e membros, formando a, vezes figuras geometricas. A pustula da variola tem o característico de ser umbilicada e Trousseau assemelhava-a a um pingão de cera.

Concumbitaneamente com o apparecimento da erupção da pelle, observa-se o exanthema invadindo as mucosas que acabam por ser a sede de pustulas, não raramente se localisando na bocca, garganta, nariz e olhos. Por isso o doente pôde apresentar dysphagia, tumefacção palpebral, edemas diversos, etc.

Uma vez chegado ao termo a formação das pustulas no 8º ou 9º dia, começa a suppuração; formam-se crôstas que têm um odor sobre-modo desagradavel; durante esse periodo a febre que já se mostrava mais atenuada, eleva-se novamente, apresentando um typo irregular e oscillante, tudo se modificando do 12º ao 14º dia.

O periodo de dissecação e consecutiva descamação é muito variavel, em muitos casos, durando semanas e até um mez.

Cabindo as crôstas, a superficie cutanea torna-se avermelhada, pouco e pouco sobrevivendo o tecido cicatricial.

A variola pôde apresentar-se sob varias fórmas.

Nos individuos vacinados ou nos que gozam de relativa immunidade, ella tem caracter discreto e benigno (varioloide); apresenta caracter mais grave na fórma coherente, o ainda mais grave na fórma confluenta, não se querendo fallar da variola hemorrhagica que é tão dizimadora.

A variola assume extraordinaria gravidade nos recém-nascidos, como já temos observado e é um preconceito muito prejudicial do

povo pensar que os individuos de baixa idade estejam indemnes da molestia pelo que não devem ser vacinados.

Conforme ponderou H. Roger nos recém-nascidos a variola evolue, as vezes, de modo muito singular, som erupção, com hypothermia e ictericia, curando-se excepcionalmente.

Entre as complicações da variola tem-se assignalado flegmões e outras lesões suppurativas, affecções oculares, buccaes, nasaes, etc. Não são raras as myocardites e suas consequências, as nephritis, as broncho-pneumonias e as toxi-infecções intestinaes.

Qualquer dessas complicações pode assumir na creança a maior gravidade.

Prognostico — Quanto mais tenro for o infante mais grave é o prognostico da variola confluenta, notando-se ser quasi sempre mortal, nessas condições a forma hemorrhagica da molestia. As complicações, como as broncho-pneumonias, são muitas vezes motivo para a maior reserva do prognostico.

Desde muito tempo tem-se assignatado o alto valor da vacinação e da revaccinação methodica e della dependerá em muito o estabelecimento do bom ou do máo prognostico.

Diagnostic — Si bem que para muitos tratadistas o diagnostic da variola na infancia não apresente difficuldades, devo declarar-vos que, fóra de uma serie de circumstancias, como a existencia de uma epidemia de variola, o accommettimento de outros casos n'uma mesma família, etc., nem sempre é facil o diagnostic no periodo da invasão do exanthema.

A gripe, a febre amarella, a peste, a esscarlatina, o sarampão e a propria diphtheria, são molestias todas que, em seu inicio, podem e são, não raramente, confundidas pelos mais habéis clinicos.

A erupção uma vez feita dissipará as duvidas.

Da purpura, a forma hemorrhagica da variola distingue-se pelos symptomas geraes; por seu lado uma e outra molestia podem na opinião de alguns autores, existirem simultaneamente.

A varicello é bulliosa, só tardiamente as pustulas se tornando umbilicadas; a erupção nesta effecção não invade, como na variola, a palma das mãos e planta dos pés.

Tratamento e prophylaxia — A hygiene impõe-se antes do mais, como para todas as molestias infecto-contagiosas; a alimentação parca e sobretudo a dieta é de grandes vantagens.

A antiseptia (immediata e durante todo o curso da molestia) das fossas nasaes, dos ouvidos, dos olhos, da bocca, dos orgãos genitais e do intestino, é um recurso a usar-se em todos os casos.

Os purgativos, os diureticos e os diaphoreticos tem as suas indicações precisas, visto que os casos benignos evoluem quasi sempre sem a exigencia de therapeutica especial.

A medicação symptomatica para combater a dor, a insomnia, a agitação, as convulsões e outros phenomenos nervôzos, é usualmente empregada.

Como tratamento da erupção propriamente dita, não se deve absolutamente prescindir da mais rigorosa antiseptia e do maior cuidado de asseio. Costumo usar com grande vantagem das loções do formol, sublimado, acido picro, ichtiyol, thigenol e outros, alternando com as applicações topicas de pomadas com ichtiyol, thigenol, collargol, acido salicylico, etc.

Si ha notoria hyperthermia coincidindo com phenomenos ataxo-adynamicos, não me tenho furtado de administrar aos doentinhos a

balneotherapia ou mesmo os antithermicos chimicos como a quinina, o salicylato de sodio, a antipyrina, a aspirina, o asaprol e outros.

A erupção uma vez chegada ao periodo de descamação, deve o doente usar de banhos com sabões antisepticos, o que muito favorece a prompta reintergração da pelle.

Julgo do utilidade salientar-vos, no tratamento dos exanthemas e muito particularmente da variola, o valor da phototherapia representada pela luz vermelha. De alguns annos a esta parte foi lembrado o recurso de manter o doente, dia e noite sob a acção dos raios luminosos vermelhos, o que modificava sensivelmente a gravidade da molestia, a erupção apresentando-se de uma evidente benignidade poupando o doente á cicatrizes profundas e numerosas.

Realmente, varios observadores não tardaram em louvar-se dos bons effeitos da luz vermelha e mesmo, creio que pela vez primeira no Brazil, comecei logo a ensaiar o processo e delle auferi resultados satisfactorios.

Varios clinicos em nosso paiz tem colhido vantagens desse recurso e o Dr. George Naumann, distincto medico syrio que trabalhou algum tempo no Hospital S. Sebastião desta Capital, escreveu um pequeno trabalho sobre o emprego da luz vermelha na variola, graças a estudos feitos naquella hospital.

As tentativas da serumtherapia na variola não tem correspondido aos desejos dos therapeutas, devendo-se notar, entre ellas as experiencias de Bécierre que foram até certo ponto animadoras.

Quanto a prophylaxia é dever do clinico empregar o isolamento do doentinho até que a erupção chegue ao seu termo final, a queda definitiva e completa das crôstas; esse prazo em geral orça entre 40 e 45 dias.

Todas as pessoas em contacto com um varioloso devem ser recentemente vacinadas, sendo de rigor que tenham o maximo cuidado para não transportarem o virus nas suas vestes ou na pelle, pelo que se impõe a antiseptia das mãos, da face, etc., e a mudança das roupas.

As roupas, colchões, travesseiros, etc., que servirem a um varioloso só poderão ser usados por uma pessoa sã, si forem antes submettidos á desinfecção na estufa.

A vacinação, medida prophylactica de incontestavel valor, deve ser feita nas creancinhas sempre que for possivel logo no segundo ou terceiro mez de a revaccinação effectuada de trez em trez annos.

Taes são, de um modo muito geral, as considerações que me acudiu fazer a proposito da variola na infancia.

16ª Prolecção

Coqueluche

Em cada paiz um nome differente é dado a essa molestia: os italianos chamam-na *Pertosse*, os hespanhóes *Tosse ferina*, os inglezes *Whooping-cough*.

Historico — São obscuros os dados historicos sobre a coqueluche. Sabe-se apenas que ella só foi estudada na Europa em 1414.

Appez disso foi sempre muito confundida com varias affecções e principalmente com a gripe. É enorme a lista dos que, em varias

épocas, pretenderam descrever a coqueluche, interpretando as suas lesões e a sua sede principal.

Bacteriologia — Foi em 1867 que nasceram os primeiros estudos microbiológicos sobre a molestia que nos occupa e sendo a indole destas preleções não fatigar a vossa memoria, fornecerei apenas uma resenha dos autores, com a indicação das datas e das suas premissas descobertas até a data das nossas investigações.

Poulet (*infusorio*) 1867, Cozari (*ovulum pertossi*) 1867, Lotzerich (*micrococcus em cadeia*) 1873, Henke (*cellulas arredondadas e esphéras*) 1874, Tchamer (*cryptogamo*) 1874, Oltramare (*mesmo micrococcus* de 1874), Burger (*bacillo*) 1887, Semtchenko e Wendt (*crococcus*) 1883, Afanassiew (*bacillo*) 1887, Broadbent (*mesmo micrococcus* (*mesmo bacillo* de Afanassiew) 1887, Broadbent (*mesmo micrococcus* (*mesmo bacillo* de Afanassiew) 1889, Guidi (*mesmo bacillo* de Afanassiew) 1889, Deichler (*protozorio ciliado*) 1890.

Fram esses os principais trabalhos sobre o assumpto dados a publicidade, quando iniciet em 1890 os meus estudos, tendo podido proceder a culturas innumerables e inoculações em animaes, que ao lado dos exames directos do escarro, levaram-me a estabelecer a relação de causa e effeito de um *micrococcus* específico, tendo por *habitat* de preferença as cellulas epitheliaes do larynge. Durante seis longos annos repeti essas experiencias, sempre com o mesmo resultado.

Muitos mezes depois de divulgados os meus primeiros ensaios, Ritter e Galtier, isoladamente, publicaram suas observações microscopicas que vieram *in totum* confirmar o papel etiologico do *micrococcus* que descrevi como o microbio específico da coqueluche.

Si é bem verdade que Ritter e Galtier não houvessem demonstrado conhecer as minhas investigações, naturalmente por serem *brasilieiros*, é perfeitamente exacto que, até as inoculações que cada um delles praticou em animaes, concordam perfeitamente com o resultado muito anteriormente por mim obtido (*Verde: Brazil-Medico*, 1897).

Os trabalhos publicados, em 1893, pareceram confirmar as minhas experimentações e as de Ritter e Galtier.

Apezar das provas e contraprovas cada dia registadas em sciencia, e em continuarmos as duvidas sobre o agente específico da coqueluche e em 1896, Kourliow pretendia que ao protozorio descripto por Deichler se deveria consagrar o valor de especificidade.

Em 1899, Czaplowski descrevia a sua *bacteria polar* e finalmente Leuriaux (1902) um *bastonete curto*, mais largo que comprido e com as extremidades arredondadas e do qual se serviu para obter um soro graças a immunisação de cavallos.

Uma substancia branca que sempre encontrei nas culturas do microzermen da coqueluche, foi mais tarde reconhecida ser a toxina daquella germen, conforme se deprehende das pesquisas de Griffiths em urinas de coqueluchentes (1892).

Etiologia — Os meus estudos vieram confirmar a noção que da ha muito já existia de ser a coqueluche uma molestia infecto-contagiosa.

Tenho visto a coqueluche atacar individuos de todas as edades e não poupando mesmo os velhos; todos vós, porém sabeis que ella é geralmente procura a infancia, accommettendo de preferença as creancinhas de 2 a 5 annos. Não tem sido pequeno o numero dos creancem-nascidos portadores do mal que me tem sido trazidos a consulta; os casos de maior raridade da molestia na adolescencia ou na puberdade deve-se attribuir a immunidade garantida pelo accommettimento da affecção nos primeiros annos da vida.

São muito duvidosos os casos citados de coqueluche congenita. Não creio que a coqueluche tenha predilecção por este ou aquelle sexo e tal é também a opinião de Comby e outros observadores.

Nas grandes cidades como a nossa, a coqueluche é uma molestia endemica, apresentando no entretanto paroxysmos epidemicos em certas épocas. Tem-se registado todavia epidemias em varias localidades.

Segundo os dados demographo-sanitarios, a coqueluche foi importada para o Rio de Janeiro em 1797, aqui se domiciliando, havendo produzido uma grave epidemia em 1836 e pequenos outros incrementos em 1842 e 1876; destes ultimos o que maior numero de victimas acarretou foi em 1880.

Durante o quinquennio de 1885 a 1890, de 137 creanças fallecidas de coqueluche, 81 pertenciam ao primeiro anno, 51 tinham de 1 a 5 annos e 5 apenas de 6 a 15 annos, estatística que prova o excessivo dizimo mortuario dos doentinhos menores de um anno.

Quanto ao contagio, pôde ser elle directo ou indirecto e a experiencia demonstra poder elle realisar-se muito facilmente visto que, o ar expirado pelo doente, por occasião de tósse sobretudo, deve conter goticulas de saliva tendo o germen em suspensão o que explicará em muitos casos a contaminação; do mesmo modo succederá aos objectos e brinquedos usados pelo doente ou ao catarrho expellido e que dissecado no sólo pôde ser acarretado pelo ar até as vias respiratorias de creanças sãs.

Como para os exanthemas, o germen da coqueluche fóra do organismo humano resiste pouco. Devo lembrar aqui os perigos que resultam de se consentir que as creanças brinquem com certas aves domesticas, pois estou convencido que os gallinaeos, por exemplo, possam ser accommettidos de coqueluche.

Sob o ponto de vista do contagio, a coqueluche em todos os períodos parece virulenta. No entanto por experiencias a que procedeu recentemente Weill, julga-se habilitado a declarar ser ella contagiosa apenas no primeiro periodo.

As recaídas não são raras na coqueluche; as reincidencias porém tem sido registadas por unidades, o primeiro accommettimento, em geral, produzindo a immunidade para toda a vida.

Pela minha parte tenho conhecido alguns individuos que tiveram mais de uma vez a coqueluche.

Symptomas — A coqueluche, como quasi todas as affecções microbianas, tem uma marcha cyclica, podendo-se considerar nella quatro periodos: a incubação, o periodo catarrhal (inicio), o periodo espasmodico (das quintas) e finalmente o de declinio.

Si bem que a incubação possa ser de horas apenas, como já hei algumas vezes observado, o praso admittido pela maioria dos autores é de uma semana.

O periodo catarrhal começa simulando a gripe ou o inicio de uma bronchite; alem dos phenomenos geraes que collocam a creança fóra de suas condições communs de actividade e alegria, a tósse abre a scena, incrementando-se dia a dia, durante 8, 15 ou 30 dias, attingindo nessa época ao periodo francamente espasmodico.

O exame da garganta de uma creança nessas condições deixa perceber certo rubor dos pilares, amygaldas, a glotte e a epiglotta e sobretudo da parte superior do larynge, para mim a sede principal do mal.

E' muitas vezes difficil reconhecer-se nesse periodo a coqueluche, podendo ella ser então confundida com qualquer defluxo banal.

A bronchite dos medios e pequenos bronchios e a febre assinalada pela maioria dos autores não são symptomas de coqueluche; quando ellas existirem devem ser consideradas como uma complicação.

A coqueluche é uma affecção apyretica e assim evolue até o fim, si não é complicada, o que é aliás commum.

O periodo espasmodico, quintoso, na mór parte dos casos, não tardia a apparecer. E' uma tosse caracteristica, apresentando-se com paroxysmos de tempos a tempos durante o dia e accentuando-se em geral á noite. A quinta de tosse é representada por um violento em geral á noite. A quinta de tosse é representada por um violento em geral á noite. A quinta de tosse é representada por um violento em geral á noite.

As quintas da coqueluche repetem-se mais ou menos amida-damente, podendo chegar a 20, 30, 60 e até 100 nos casos graves de hypercoqueluche, como já tenho observado.

O tempo de duração de cada quinta é variavel, podendo chegar até um quarto de hora.

O estado geral da creança, com a repetição das quintas, começa a soffrir; ella fatiga-se, debilita-se, a sua nutrição modifica-se muito, porque os vomitos alimentares são frequentes, mormente por occasião da tosse, que é por seu lado extenuante.

O periodo quintoso tem duração variavel o que muito depende do tratamento, podendo variar entre 15 dias e 3 mezes.

No chamado periodo do declínio da affecção, que pôde durar desde duas ou tres semanas até alguns mezes, as quintas vão se reduzindo de intensidade e de frequência até a sua extinção completa.

A coqueluche pôde ter um tempo de duração total muito variavel, chegando o povo a ter a falsa e perniciosa noção de que ella só se cura ao cabo de 6, 8, 10 mezes, um anno ou mais e daí a inutilidade do emprego de qualquer meio therapeutico.

Ora, os senhores já têm visto em meus servicos clinicos creanças affectadas de coqueluche não complicada curarem-se rapidamente em poucos dias, 8, 10, 15 ou pouco mais, graças a uma therapeutica racionalmente applicada.

A minha estatistica de casos de coqueluche sóbe hoje a cerca de 3.000 e posso affirmar-vos que he tido occasião de ver algumas vezes a coqueluche abortar, ao cabo de poucas horas até, com as applicações immediatamente praticadas de embrocções periglotticas antisepticas.

Rellet e Barthez, que estabeleceram uma estatistica de 252 casos de coqueluche, verificaram: o minimo de duração 21 dias, a média de mez e meio á 2 mezes e o maximo de seis mezes.

Desses 252 casos falleceram 114.

Em uma nota, em Outubro de 1901, por mim apresentada á Sociedade de Medicina e Cirurgia, de uma estatistica de 124 doentes por mim tratados pela therapeutica antiseptica local, foi assignalada a seguinte duração:

De 1 a 10. dias.	36
» 10 a 20 »	31
» 20 a 1 mez.	17
Total.	117

Dadas as circumstancias em que se processa a molestia, não será difficil comprehender porque nas estações frias seja a coqueluche mais grave e mais facilmente complicada.

Roger e Trouseau admitiram a existencia de uma forma muito branda de coqueluche, durante poucos dias, a que o primeiro desses pediatras denominou *coqueluchete*. Ha as coqueluches de média gravidade, persistindo até tres mezes o as que se estendem além desse prazo, devendo ser esses casos considerados de *hypercoqueluche* (Henri Roger).

Tudo isso, porém, é alliatorio e bem se comprehende, tendo em vista as condições anteriores do doente, as complicações e particularmente o tratamento.

Para terminar o capitulo da symptomatologia da coqueluche não complicada, devo referir-vos que Fröhlich reconheceu uma leucocytose notavel que desaparece com o periodo convulsivo da molestia, chegando o autor dessa descoberta, Cima e outros, a pensarem poder o facto servir para o diagnostico differencial nos casos duvidosos.

Varios são os accidentes ou as complicações que podem alterar a marcha da coqueluche, modificando-lhe a physionomia e muito particularmente influenciando sobre o prognostico que pôde assumir, em muitos casos, gravidade extrema.

Em numero não pequeno de coqueluchentos as quintas frequentes, que obrigam a lingua a um traumatismo repetido, accarretam a ulceração do freio, para muitos impropriamente considerado como um signal pathognomônico da molestia. Em alguns casos existe mesmo uma placa diptheroide sobre o freio da lingua ulcerada.

Os vomitos na coqueluche podem atingir a tal frequência, que muito prejudicando a saúde geral do infante.

Entre os muitos casos que tenho observado, ainda ha dias, tive, no meu gabinete de consultas, uma menina em tratamento e que durante mais de uma quinzena, toda a alimentação era rejeitada pelo vomito, devido as repetidas quintas de coqueluche, só conseguindo cederem, graças ao tratamento pelas embrocções citricas. O vomito é um symptoma grave na coqueluche.

O emphysema, apesar de raro, é mais vezes observado que a hernia do pulmão e o pneumothorax.

Outro tanto não se pôde dizer das hemorragias: epistaxis, hemorragias da ulceração do freio da lingua, das gengivas, da garganta, etc.

As mais communs são as sub-conjunctivae e não ha muito tempo tivestes occasião de ver, neste Dispensario, um desses graves casos de hypercoqueluche acompanhada dessa forma de hemorragia e que dava a creança um singular aspecto pelo estado a que chegara o mal ocular, alterando a cor da esclerótica do doentinho.

A hematuria e as hemorragias celebraes ou meningeas podem ser menos frequentemente observada.

A ruptura da membrana do tympano é um accidente rarissimo que eu nunca observei, devendo-se lembrar a possibilidade de otorrheas consecutivas a coqueluche assignaladas por alguns pediatras.

O apparelho respiratorio é a sede das mais frequentes complicações, desde o coryza, a rhinite, a laryngite estridulosa, o edema o o espasmo da glotte até a bronchite que muito communmente acompanha a coqueluche e as bronchites capillares e bronco-pneumonias que frequentemente apparecem no curso da coqueluche ou a seguem.

Ha casos de tracheo-bronchite que simulam a coqueluche no seu inicio.

O pleuriz é raro na coqueluche.

Uma afecção, porém, que tem grande afinidade para a coqueluche, é a tuberculose pulmonar que não raramente succede a ella.

Todos os dias estaes vendo pequenos tuberculosos em nossos serviços clinicos, cujos phenomenos bacillosos evoluíram após uma coqueluche prolongada e mal cuidada.

Desejo chamar muito a vossa attenção para a adenopathia tracheo-bronchica que em um numero não pequeno de casos evolue com a coqueluche ou a succede, dando lugar a confusões lamentaveis e a accidentes muitas vezes serios.

Em doentes, que em varias occasiões tenho tratado de adenopathias dos ganglios peribronchicos, pude observar a coqueluche atacar, imprimindo aos casos a maior gravidade, exigindo um tratamento sobremodo energico.

Os observadores teem relatado para o lado do appparelho circulatorio no decurso da coqueluche varias desordens, como as pericardites e a dilatação do coração direito.

O systema nervoso pôde tambem ser a sede de algumas perturbacoes como convulsões, meningites, paralyrias, etc.

Estas ultimas foram muito bem estudadas por Ch. Leroux, entre outros.

O prognostico da coqueluche assume muitas vezes a maior gravidade quando ella se complica de qualquer outra afecção infecto-contagiosa (grippe, exanthemas, diptheria, etc.)

As infecções cutaneas secundarias teem sido tambem registadas (abcessos, gangrenas da bocca e da pelle, etc.) si bem que muito raramente.

Anatomia pathologica — O ponto principal da anatomia pathologica da coqueluche, afóra os effectos das complicações, reside na sede da afecção que até hoje é ainda muito discutida.

Deixando de parte as absurdas theorias que durante algum tempo dominaram a Pathologia, confundindo a coqueluche com algumas outras molestias ou admitindo por sede principal das lesões o encéphalo, a medulla, o estomago pulmão, etc, reífrir-me-hei, apenas, aos mais modernos estudos que collocam o mal no larynge.

Já Beau (1856) confirmando as idéas de Gendrin, pensava, que a sede da coqueluche fosse o isthmo do larynge e do pharynge, opinão esta confirmada por autopsias feita por Parrot, Vannebroug, Lelu e outros.

Em 1880, Rossbach pretendeu contestar essa asseção, não havendo conseguido, visto que Meyer Hüm, em 1881, e Oltramare na mesma época, eloquentemente provaram a sede laryngeana da afecção que me occupa.

Dessa ultima data para cá teem-se triplicado as autopsias em coqueluchentos, que ao lado dos exames laryngoscópicos realisados pelos mais conspícuos observadores, como Henri Roger, demonstram a sede laryngeana do mal.

Em uma das ultimas sessões da Sociedade da Pediatria de Paris, (abril de 1906) aquelle eminente professor relatou a autopsia de um caso typico de coqueluche sem a menor complicação. Trava-se de uma creança fallecida em pleno periodo convulsivo da molestia.

Pouco abaixo da trachea, cuja mucosa mostrava-se um cor roséa rôfo em toda a sua parte superior, verificava-se uma cór roséa que se accentuava a medida que se approximava da bifurcação dos bronchios, onde a congestão attingia o maximo de intensidade.

Dahi por diante a arvore bronchica se mostrava integra.

Diante de sua observação H. Roger julgou-se autorisado, por essa localização tão bem limitada do processo cartarrhal, a explicar a falta de qualquer signal physico, depois da quinta, após a expulsão do moco secretado pela mucosa tracheo-bronchica. Com semelhante interpretação H. Roger é de opinião que se poderia tambem explicar porque somente pouco tempo antes da quinta se houve o *ronchus* quando as mucosidades se accumulam na bifurcação dos bronchios e acima.

Não pretendendo absolutamente negar a existencia das lesões assignaladas nesse caso especial pelo sabio professor francez narrado, devo ponderar-vos que um numero consideravel de estudos e de necropsias deixaram patentes a localização do mal na entrada da arvore bronchica, na região inter-arytenoidiana segundo Tordeus.

Nos casos de molestias simultaneas com a coqueluche, certamente as varias lesões anatomico-pathologicas dessas molestias se evidenciaram.

Diagnostic — Nem sempre o diagnostico da coqueluche é facil, mórmente no inicio da afecção. No periodo espasmodico o diagnostico não apresenta difficuldades; principalmente quando existe o edema da face, os vomitos, a ulceração sub-lingual e sobretudo o sibillo final da quinta.

A tósse coqueluchoida pôde ser syndrome de varias afecções (tracheo-laryngite grippal, pharyngite granulosa, catarrho naso-pharyngeano, hypertrophia amygdaliana) como tantas vezes já vos tenho mostrado em meus serviços clinicos.

A tósse quintosa, de natureza nervosa, distingue-se bem da coqueluche, pelo cortejo com que esta é acompanhada.

Mais facilmente podem fazer pensar na coqueluche: o espasmo da glotte, a laryngite estridulosa, os corpos estranhos da arvore bronchica, a adenopathia tracheo-bronchica e mesmo o group.

O inicio brusco, a tósse rouca especial, o caracter nocturno dos accessos, distinguirão cada uma dessas molestias da coqueluche.

A adenopathia tracheo-bronchica de varias naturezas (tuberculosas, syphilitica, etc.) é a afecção que mais se confunde com a coqueluche.

A sua não contagiosidade, a ausencia dos tres periodos especiaes, as quintas menos curtas e não seguidas de inspiração sibillante, as crises astmatoides nocturnas, os accessos febris vespereas, a voz veluda ou francamente rouca, a marcha chronica da afecção, que são os caracteristicos das ganglionites do mediastino, permitirão ao clinico fazer o diagnostico differencial com a coqueluche.

Muito esclarecerá o caso a auscultação e a percussão, sobretudo despertando ao nivel das fossas infra-claviculares o reflexo da tosse (*signal de Moncorvo*).

Entretanto, a adenopathia dos ganglios peri-bronchicos pôde coincidir com a coqueluche ou seguí-la, o que é aliás commun e não estou longo do acreditar que o proprio microbio da coqueluche possa atravessar a mucosa da larynge e da trachea e invadir o systema lymphatico circumvisinho.

Prognostico — E' muito variavel conforme as circunstancias e em geral benigno nas creanças de idade maior de seis ou oito annos. Quanto mais tenra for a creança mais grave será o prognostico.

As complicações, sobretudo, que emprestam geralmente a coqueluche os estigmas da maior gravidade, devendo-se notar serem a broncho-pneumonia e a tuberculose as que nesse ponto de vista occupam os primeiros logares.

É muito pequeno relativamente o tributo que a morte pagam as crianças, entre nós, a coqueluche que evolue isoladamente. Via de regra, o doentinho de coqueluche succumbe a qualquer complicação.

Ha paizes, porém, como os Estados-Unidos, em que a mortalidade pela coqueluche é exaggerada; Johnston calculou que, no período de 1890 a 1900, a coqueluche houvesse coifado cerca de 200.000 vidas!

Pela estatística de Relliet e Barthet, de 366 doentes por elles tratados falleceram 114, o que quer dizer mais de 30 %; em 423 casos de coqueluche, Henri Roger registou 142 fallecimentos (cerca de 30 %) e, finalmente, Troussseau sobre 23 doentes viu succumbirem 10, o que fornece uma proporção de mais de 43 %.

Por minha parte, as estatísticas que tenho coordenado são as mais favoráveis possíveis. Em uma delas, por mim apresentada á Sociedade de Medicina e Cirurgia, em 124 doentinhos, nenhum falleceu.

Tratamento.— Nenhuma molestia terá, talvez, recebido dos therapeutas maior numero de indicações do que a coqueluche, e eu, seguindo sempre o plano adoptado, resumirei as considerações a fazer sobre o tratamento da coqueluche, cingindo-me a referir-vos o tratamento que deve ser usado como o mais racional e o que, com provada experiencia, melhor resultado fornece na cura rapida de tão afflictivo mórbo.

A base do tratamento deve consistir em procurar-se, com o máximo rigor, extinguir a causa principal da coqueluche que reside na entrada da arvore aerea, séde do microbio específico.

Será de toda a vantagem combater o elemento catarrhal e o espasmodico, ambos consequências da multiplicação e da virulencia dos germens na mucosa laryngéa.

Dir-vos-hei como costumo proceder nos casos de coqueluche.

Si a coqueluche é simples, benigna o as quintas raras e ainda sem inspiração sibilante, cingo-me as embrocções periglotticas com as soluções antisepticas de resorcina (10 %), asaprol (1 %) ou acido citrico (5 %), por meio de um pincel de haste longa do arame e praticadas de quatro a seis vezes nas 24 horas.

Si o mal já é intenso, si as quintas se reproduzem com intensidade acompanhadas de phenomenos catarrhaes accusados, inicio então o tratamento com a administração de um vomitivo, a tpeca por exemplo, no dose de uma grammam em seis papéis, dados de cinco em cinco minutos, até obter o vomito copioso. Repeto ás vezes o emprego do vomitivo no correr do tratamento.

Começo desde logo o uso das pincelladas do fundo da garganta, praticadas de 2 em 2 horas; ao cabo de algumas applicações, habituando-se a ellas os doentinhos, o bem que lhes prodigalizam chega a levar as crianças que já tem entendimento, a correrem ás mães a supplicarem que se lhes façam as embrocções que tanto as aliviam, como já heí varias vezes verificado.

Si o elemento espasmodico já attingiu a um gráo tal que colloque o doentinho em perigo por occasião das quintas (crises de suffocação, dyspnéa, vomitos, etc.), associo ao tratamento específico das embrocções antisepticas, o emprego de alguns agentes destinados a attenuar a super-excitação nervosa.

Neste caso utilizo-me da antipyrina, da enquinina, da aristochina, da aspirina e outros que moderam a intensidade das quintas.

Esses agentes não tem acção curativa na molestia, conforme a pratica tem demonstrado, elles são apenas recursos auxiliares do

tratamento específico que deve ser insistido até á terminação completa dos phenomenos de coqueluche.

As embrocções com uma solução de cocaína (Moncorvo Pae e Labric) podem ser do utilidade para combater os phenomenos muito intensos da hypercoqueluche.

Jamais emprego o bromoformio ou os derivados do opio, mesmo a diionina, porque os considero, além de perigosos, de pouco valor no tratamento da coqueluche.

Ainda toem vága em sciencia as antigas prescripções de antispasmodicos, como a belladona, tão calorosamente proclamada por Troussseau, porque tem havido da parte de notaveis observadores europeus uma certa relutancia em ensaiar o methodo das embrocções pela resorcina e pelo asaprol, pela primeira vez posto em pratica por meu pae o Dr. Moncorvo em 1882 e pelo acido citrico por mim proclamado ha mais de 10 annos.

Muitos profissionais nacionaes e estrangeiros toem confirmado o valor do tratamento germicida local pelo methodo de meu pae e o meu.

Entre os estrangeiros podem ser citados: Barlow, de Manchester (50 doentes); Arutzenius, da Hollanda; Mauriac, do Bordeaux; Hippocrate Calais; Gualta, de Milão; Viura y Carreras, Calatraveno e Guerra y Estapé, de Barcellona; E. W. Hedges; Justus Andeer, da Alemanha; Guidi, de Florenza (309 doentes) e Roskan, de Liege (290 doentes).

Entre os medicos brasileiros que se tem louvado dos bons efeitos do tratamento da coqueluche pelas embrocções antisepticas de resorcina, asaprol ou acido citrico, occorreo citar os nomes dos Drs. Jaime Silvado, Rodrigues Guião, Baptista Velloso, O. Reilly de Souza, Olympio Portugal, Ribeiro da Silva, Augusto Barreto, Pereira Faustino, Jeronymo Pourchet, Pinto da Fonseca, Vieira de Mello, Alfredo Costa, Clemente Ferreira, Maria Amelia Cavalcanti, Aquino Fonseca, G. Philadelpho, Francisco Cavalcanti, Antero Manhães, Leonel Rocha, Cyprian, Carneiro, Peck It., Nascimento Gurgol, Simões Corrêa, Almeida Pires e Clemente Ferreira.

A seramtherapia da coqueluche ainda não se tornou uma realidade, apesar das tentativas de Kolaidites, de Gilbert e principalmente de Leuriaux, que chegou a preparar um soro especial que foi ensaiado por alguns observadores.

Tivo em minhas mãos o soro de Leuriaux, que não ensaiei na clinica, porque nessa occasião tive a oportunidade de ler o livro do Dr. Roques, onde estão publicadas algumas observações que demonstram ser esse soro, além de muito pouco effcaz, até perigoso porque elle não é exposto ao mercado em estado de pureza. Roques assignalou infecções estreptococcicas devidas á impureza do soro de Leuriaux.

É bem possível que estudos minuciosos acerca do microbio da coqueluche consigam permittir em tempo não remoto um soro curativo do real effcacia.

Como para todas as molestias microbianas, a hygiene é uma condição que favorece o tratamento da coqueluche.

Prophylaxia.— Muito contagiosa, a coqueluche é todavia uma affecção evitavel.

Costumo com vantagem isolar o coqueluchento de outras crianças que com elle cohabitam e estabeleço a dosificação rigorosa de todos os

objectos, vestes, roupas de cama, lenços, etc., que hajam servido ao doente (immersão em água fervendo com creolina ou solução de sublimado a um para mil).

A desinfecção do soalho deve ser repetidamente feita. Como meio prophylactico de primeira ordem tenho observado a vantagem de procurar acidificar o meio buccal, porque me parece que o germen especifico não prospera no meio acido.

O emprego de limonadas repetidas, as embrocacões com a propria solução de limão ou de acido citrico (1 %), resorcina (2 %) ou aspirinol (1 %) tem-me proporcionado excellentes resultados, sendo nullo em certos casos que hei registado de creanças em contacto com os merosos os casos que hei registado de creanças em contacto com os coqueluchentos e que deixaram de adquirir a molestia, graças a esse recurso.

Taes são os conselhos que julguei de vantagem transmittir-vos a proposito dessa molestia que tanto afflige a infancia.

17ª Proleccão

PAROTIDITE

Devo hoje fallar-vos da *parotidite*, affecção vulgarmente entre nós denominada *caxumba*, a que os francezes chamam *oreillons*.

Trata-se de uma molestia infecto-contagiosa, tendo por localisacão as glandulas salivares e podendo em certos casos atacar tambem outras glandulas (testiculos, glandulas lacrymaes, thyroide, a prostata, as mamas, os ovarios, etc.).

A parotidite parece só poder affectar a especie humana, visto jámais ter sido verificada ou inoculada em animaes.

Historico — Desde Hippocrates que a parotidite é conhecida e a descripção que elle della deu ainda hoje é aproveitavel.

Sómente em 1773 ficou evidenciada a natureza contagiosa do mal, tendo, em 1752, Borsiere lembrado a sua semelhança com as febres eruptivas. Mais tarde Trousseau, Peter, Laveran e outros perillaram essa idea e estudaram com minuciosidade a parotidite, estabelecendo de vez a sua especificidade.

Etiologia — A parotidite pôde affectar o caracter epidemico, e não poucas vezes tem-se visto atacar muitas creanças em asylos, collegios, hospitaes e outras collectividades.

A molestia tem sido assignalada em todos os climas e em varios paizes, não parecendo sobre ella influirem outros factores etiologicos (condições meteorologicas, etc.); todavia, é facto de observação que a parotidite tem pouca tendencia a estender-se, limitando-se quasi sempre o seu ataque a um só estabelecimento, a uma só classe nos collegios ou asylos, etc.

Raras vezes a epidemia da parotidite attinge grande numero de pessoas da uma população, salindo do limite de uma localidade a outra. No entretanto, o contagio do individuo a individuo é extraordinariamente facil, do mesmo modo que pôde a parotidite ser contagiosa por meio dos objectos, embora só excepcionalmente tenha sido isso verificado. É que o virus da parotidite propaga-se difficilmente e transporta-se mal fóra do organismo.

Para Sevestre e outros cientistas a parotidite seria contagiosa desde o inicio, mesmo antes do engorgitamento das glandulas. Para

Comby o maior perigo do contagio se observaria até o periodo da invasão, dahi por diante attenuando-se.

Uma interessante observação de Merklon fez ver que uma nutriz, affectada de parotidite, amamentou impunemente uma creança que nada soffreu, não se havendo modificado nem quantitativa nem qualitativamente a secreção lactea.

Quanto ás edades, não posso deixar de referir-vos que, ao lado de alguns casos registados em sciencia de parotidites congenitas, a molestia poupa geralmente os recém-nascidos, sendo dos 5 aos 15 annos o periodo da vida em que ella prefere para produzir os seus maleficios.

Acode-me, entretanto, citar-vos o caso de uma creancinha de tres mezes e que actualmemente tenho em tratamento no meu consultorio particular e affectada de uma intensa parotidite.

Não parece haver proleccão por este ou aquelle sexo, como eu e outros observadores temos verificado.

A acquisição da parotidite confere, em geral, a immuniidade para toda a vida. Como para as febres eruptivas, com as quaes ella tem grandes analogias, tem-se observado a repetição da molestia.

Bacteriologia — Ternaram-se monitores os estudos de Capitan, Charrin, Olivier, Boinet e Bordas, que datam de 1881 em diante.

As opiniões foram contradictorias, merecendo o maior conceito a opinião de Laveran e Catrin que, em 1895, communicaram á Sociedade de Biologia as suas importantes pesquisas. No sangue, na serosidade das glandulas inflammadas, no liquido testicular, nas serosidades das articulações, nas manifestações rheumaticas da parotidite, aquelles illustres microbiologistas assignalaram um microbio especifico, um diplococo, com a dimensão de pouco mais de um micromillimetro, de pouca mobilidade, tomando as materias corantes communs, menos o Gram, e cultivando-se em gelatina ou glose.

Os autores não conseguiram obter o menor resultado das inoculações em animaes a que procederam.

Para Griliths a urina dos doentes affectados de parotidite contem uma pequena mal definida.

Anatomia pathologica — Sendo a parotidite uma affecção banal e facilmente curavel na maioria dos casos, numero muito reduzido de necropsias tem sido procedido, e dahi a deficiência dos estudos anatomopathologicos sobre a parotidite.

Em todo o caso, além dos estudos de Virchow e Jacob, citam-se os trabalhos de Rouvier que não encontrou lesões inflammatorias, achando integros os canaes salivares. Nos exames histologicos a que este ultimo investigador procedeu, teve occasião de reconhecer serem muito exiguas as lesões das glandulas.

As lesões do testiculo, na parotidite, podem chegar até a esclerose parenchymatosa, que acarreta quasi sempre a suppressão funcional do orgão (Reclus).

De um modo geral, a anatomia pathologica da parotidite nada de especial tem feito revelar.

Symptomatologia — Prova a experiencia que a parotidite tem uma incubação mais longa que as febres eruptivas. Os autores concordam que seja a duração desse periodo de uma média de 18 dias, podendo no entretanto ser de oito ou de 26 dias (Rellet).

O periodo prodromico é insidioso; a creança apresenta febre inappetencia pronunciada, máo estar e abatimento. Muitas vezes, precedendo o engorgitamento das glandulas, nota-se a otalgia, somnolencia, cephalalgia e até algumas vezes epistaxis.

A febre, por via de regra, é elevada antes mesmo do engurgitamento glandular, podendo chegar a 40°, como em um caso que ha pouco tempo foi visto neste Dispensario. Essa alta temperatura illude muitas vezes o clinico que supõe a invasão de um exanthema.

O diagnostico deve ser estabelecido em face do edema da região parotidiana. Todavia, houve já quem tivesse observado uma epidemia de casos frustos, sem o engurgitamento glandular.

Este geralmente é muito accentuado e deforma a physionomia; elle occupa a região pre-auricular, correspondendo a loja parotidiana, ou melhor o espaço angular existente entre o ramo ascendente do maxillar inferior e a apophyse mastoide. A pelle da região mostra-se espessa, lisa e a pressão desperta ali intensa dor; esta existe tambem espontaneamente e por isso o individuo, sendo obrigado a limitar os movimentos da maxilla, abre a bocca com difficuldade, notando-se, as vezes uma contractura reflexa, um verdadeiro trismus.

Em casos muito raros a parotidite é unilateral; eu já tenho no entretanto observado essa localisação.

Para Rellet o engurgitamento pôde apresentar tres gradações: a) leve tumefacção, podendo não ser logo percebida; b) augmento bem accentuado da região parotidiana com certa vermelhidão da pelle; c) engurgitamento muito exaggerado da região, deformando sensivelmente a *facies* da creança, tornando muito volumoso o pescoço.

Por minha parte tenho visto casos desta ultima categoria em que o edema se estende até a clavícula e incommoda tanto a creancinha que a obriga a fallar entre os dentes, por não poder abrir a bocca sem grandes dores.

O edema pôde attingir a face, palpebras, etc., ou descer até o thorax.

Na parotidite é rara a invasão sub-lingual; Henoch descreveu com essa localisação uma forma, especial a que denominou *sub-glossite*.

Quanto a mucosa buccal, ella nada de anormal apresenta geralmente; em alguns doentinhos verifica-se, porém, um enanthema um pouco semelhante ao das febres eruptivas. Em muitos casos observa-se mesmo uma angina erythematosa ou de caracter pultaceo precedendo a parotidite.

A estomatite é mais rara e foi bem descripta por Guéneau de Mussy.

Como symptomas geraes da parotidite, além dos já citados, deve-se assignalar em alguns doentinhos, mórmente os tarados, o delirio e as convulsões sobrevindas por occasião das altas temperaturas.

E' de observação vulgar, porém, que a affecção evolue geralmente de uma maneira benigna, restabelecendo-se o doentinho ao cabo de poucos dias, mesmo sem tratamento.

A supuração é uma terminação não raramente assignalada e aqui mesmo nos servicos deste Dispensario tem sido trazidas muitas creanças portadoras do parotidites suppuradas.

E' uma terminação devida a infecções secundarias.

Tem sido descriptas tambem pelos autores, localisações extra-glandulares e sobretudo as dos órgãos genitales. A orchite, já assignalada por Hippocratis, é muito rara. Eu só conheço um caso desse genero.

As glandulas mamarias tambem podem soffrer em alguns casos, sendo excepcionaes os engurgitamentos das glandulas thyroide e lacrimal.

Além dessas localisações são citadas complicações para o lado dos apparelhos renal (nephrite, albuminuria) e circulatorio (peri e endocardites).

Mais commum do que essas desordens é o rheumatismo parotidiano, um pseudo-rheumatismo infectuoso do qual já tenho registado alguns exemplos.

Tem-se assignalado para o lado do apparello locomotor varias desordens (osteites, osteomyelites) e a pelle pôde tambem soffrer, tendo sido observadas varias manifestações cutaneas concomitantemente com a parotidite.

O systema lymphatico nem sempre é estranho ao processo morbido e as ganglionites podem ser observadas.

As complicações do apparello respiratorio, digestivo e nervoso podem tambem sobrevir.

Prognostico — Em geral é benigno e a gravidade reside na idade da creança que quanto mais tenra, mais susceptivel é aos effeitos da parotidite. A orchite e a atrophia testicular apresentam maior gravidade.

Tem havido epidemias de parotidites em que a molestia tem produzido certo numero de terminações fataes.

Diagnostic — Enquanto o engurgitamento parotidiano não se processa é quasi impossivel o diagnostico. E' o que se dá nas formas frustas sobretudo.

A confusão maior que se pôde fazer é com qualquer adenopathia cervical; o exame cuidadoso da região, o estado da pelle e a localisação da adenite esclarecerão o diagnostico.

Em algumas anginas a tumefacção ganglionar pôde assemelhar-se a parotidite.

Na febre ganglionar o mesmo poderá succeder, mas, uma exploração minuciosa e o cortejo da affecção tirarão as duvidas.

A tumefacção parotidiana consecutiva a intoxicações chemicas (pelo chumbo por exemplo, o iodismo, etc.) podem simular a parotidite. A marcha das manifestações, o seu desaparecimento com a cessação da causa, são bons elementos para o diagnostico.

Tratamento e prophylaxia — Embora na maioria dos casos as parotidites se processem de um modo benigno, deve-se todavia manter os casos em observação e proceder, como faço, a uma rigorosa desinfeccção da cavidade buccal (resorcina, asapol, boricina, chloratos alcalinos etc.) durante todo o curso da molestia.

Costumo, com bons resultados, applicar sobre as regiões affectadas uma pomada de ichthyol ou thigenol a 20%, ou mesmo de collargol (15%) e em seguida compressas humidas quentes, que actuam, melhorando os phenomenos inflammatorios e dolorosos.

A medicação symptomatica pôde ser empregada em caso de necessidade; para combater as perturbações gastro-intestinaes: os purgativos e antisepticos; as altas temperaturas: a euquina, a aspirina, a antipyrina, etc.

Os phenomenos ataxico-dynamicos podem ser effeizmente combatidos pela balneotherapia, a revulsão, a cafeina, a theobromina, etc. Será boa a dieta na convalescença o emprego de tonicos que influenciam beneficemente sobre a anemia que, em geral, succede a parotidite.

A prophylaxia deve consistir no isolamento do doente, o mais cedo possivel, visto que a parotidite é extremamente contagiosa, mais de individuo a individuo do que pelos objectos, vestes, etc.

A desinfeccção do domicilio têm sido muito recommendada. Tenho colhido bons effeitos da antiseptica buccal das creanças em convio com o doente, como meio prophylactico de certo valor.

18. Proleção

Febre ganglionar

O avançamento da clinica, graças aos progressos da bacteriologia, fez em nossos tempos reconhecer que muitas entidades morbidas tidas como autonómicas, não são mais do que a expressão de uma modalidade dos grupos das *estreptococcias*, *estaphylococcias*, *pneumococcias*, *colibacillozes*, etc.

Na realidade os diferentes agentes microbianos são capazes, agindo desta ou daquela maneira, localizando-se neste ou naquella departamento do organismo e sob a influencia de factores diversos, de produzir efeitos os mais diferentes e caracterisando affecções varias.

O estreptococco, por exemplo, dotado de um polymorphismo já evidenciado, é o agente causal de muitas anginas, provavelmente das febres eruptivas e da parotidite, de certas affecções cutaneas, de algumas lymphangites, de adenites, flegmões, de erysipelas, suppurações diversas, meningites, etc.

Tempo virá em que todas essas modalidades mórbidas serão enquadadas sob uma mesma rubrica conforme o agente dellas produtor.

A febre ganglionar, de que hoje me occuparei, é, como todas sobre as quaes já tenho dissertado, uma affecção infecto-contagiosa (1), de caracter benigno na maioria dos casos, acompanhada do febre e engorgitamento do systema ganglionar e predominancia da pleiade da região cervical.

Historico — Parece terem sido Filatow e Korsakoff os primeiros a descrever a molestia, si bem que haja, nesse sentido, sido reclamada a prioridade para Rauchfuss.

Estudaram, porém, melhor a febre ganglionar Pfeiffer, Starck, Muggia, Mousous, Comby e outros que se succedaram em publicações hoggia registadas em sciencia e sempre citadas.

Sóca, de Montevideo, teve occasião de estudar a nephrite na febre ganglionar.

O trabalho mais completo, porém, até hoje publicado, é a these de Gourichon, em 1895, e na qual a affecção é descripta com toda a vantagem e citados todos os trabalhos até então publicados e que por aquelle autor foram commentados.

Etiologia e bacteriologia — De uma frequencia não muito commum em nosso clima, a febre ganglionar é todavia por vezes observada, affectando tanto a primeira como a segunda infancia.

Temos visto creancinhas de poucos mezes della affectada. Em adultos é que só muito raramente tem sido assignalada. Não parece haver predilecção para este ou aquelle sexo.

Tem-se, porém, o direito de perguntar : quaes as causas da febre ganglionar ?

Invocam em primeiro logar o frio. Si bem que a affecção seja mais commum nos climas frios e humidos, esse factor só pôde certamente ser considerado como uma causa occasional.

Todos os outros factores que, para todos os accomettimentos morbidos, influem consagrando ao organismo maior ou menor predisposição : a fraqueza, a debilidade, a má alimentação, as molestias do apparelho gastro-intestinal, as molestias agudas, etc., tem sido inermes na etiologia da febre ganglionar.

Contra o exaggero da influencia da gripe protestam a observação de Comby e a minha propria.

A irritação da mucosa do fundo da bocca e a localisação mais commum das ganglionites na affecção que ora me occupa, na região cervical lateral (angulo do maxillar), fazem, com boa razão, suppor que, a feição do que se observa em outras molestias, a invasão microbiana se processe pelas cryptas das amygdalas ou pelo pharynge, propagando-se em seguida o agente infectuoso a rede ganglionar proxima.

Embóra raramente, tenho observado em alguns casos, a extensão da affecção a outros pontos do systema lymphatico (região axillar, inguinal, etc.)

Todos são unanimes em admitir que o micro-organismo pathogenico da febre ganglionar seja um estreptococco, que como se sabe (sem virulencia) é commensal do homem, tendo por *habitat* a cavidade buccal.

Segundo Combemale e Neumann a mucosa nasal e a das vias respiratorias poderiam ser a sede da entrada do germen, opinião essa que tem sido muito poucas vezes aceita.

Conclue-se de tudo que acabo de dizer que a febre ganglionar é provavelmente apenas um modo de ser da estreptococcia, o que a bacteriologia virá, de certo, muito proximoamente demonstrar.

O contagio já de longa data tem sido assignalado. Protassow, em 1891, houvera visto duas creanças de uma mesma familia affectadas do febre ganglionar e Filatow relata que Pfeiffer observou epidemias familiares (quatro casos successivos na mesma familia.)

Por meu lado posso assegurar-vos que já vi, no Rio de Janeiro, a febre ganglionar atacar varias creanças em uma mesma casa, o que prova, a evidencia, que pôde ser transmissivel.

Symptomatologia — Affecção geral infectuosa, a febre ganglionar manifesta-se, com um tempo de incubação variavel e ainda mal conhecido. O doentinho sente depressão de forças, não estar, dores vagas e não tarda a ter febre, em geral, elevando-se a 39° e 40°.

Podendo assim estar durante alguns dias, a defervescencia opera-se geralmente ao cabo de 36 a 50 horas.

O exame dos diferentes orgãos e apparelhos nada revella de extraordinario. A creança, porém, queixa-se de dor de garganta, uma certa difficuldade na deglutição e o exame do fundo da cavidade buccal revella apenas uma leve rubefacção da mucosa, acompanhada ou não de um verdadeiro erythema.

Dous ou trez dias depois do inicio dos phenomenos referidos, começa a apparecer o engorgitamento ganglionar, em poucas horas mostrando-se mais ou menos volumosos os ganglios do angulo do maxillar inferior.

A adenite é dolorosa a pressão e os ganglios mostram-se inflamados e bem assim os tecidos que os cercam, o que impede a creança de ter os movimentos naturaes do pescoço e da cabeça.

A modida que os ganglios augmentam, salvo os casos excepçoes, a febre desce, o doentinho fica completamente apyretico e o estado geral modifica-se favoravelmente.

A adenite vae paulatinamente cedendo, desaparecendo por completo ao cabo de duas ou tres semanas.

Em alguns casos, embóra muito raros, tenho encontrado a terminação por suppuração.

Via de regra a adenite é unilateral; eu tenho visto, porém, em alguns casos a localisação bilateral.

Nem sempre porém a marcha e a localisação da febre ganglionar

é a que tenho descripto. Casos ha em que varias pleiades ganglionares são accommettidas.

A adenopathia tracheo-bronchica, com o seu cortejo conhecido de crises asthmatoideas e a tosse coqueluchoide, e a invasão da rede ganglionar do mesenterio acompanhada das colicas muito intensas, tem sido referidos por alguns observadores.

Comby e Luiz Agote viram em um caso um abcesso retropharyngeano, como já havia assignalado Neumann.

As complicações da febre ganglionar podem ser a albuminuria, a hematuria e a nephrite.

Diagnostico — Antes do apparecimento da adenite é quasi impossivel o diagnostico. Demais o inicio da febre ganglionar simula muito o de qualquer febre eruptiva, o da influenza, o da pneumonia e até mesmo o da diptheria. Nesta o exsudato, que na febre ganglionar não existe, servirá de caracteristico. As outras anginas podem ser confundidas com a febre ganglionar; os phenomenos locais, porém, são naquellas muito mais intensos, além de que a marcha da affecção dissipará as duvidas.

As adenopathias syphilitica e tuberculosa — jamais tem a marcha aguda da febre ganglionar; ao contrario ellas têm por caracteristico a chronicidade.

O mesmo, porém, não succede com as lymphangites ganglionares agudas em que o diagnostico differencial se torna muito mais difficil. Todavia, ao lado da marcha da affecção ha, em geral, nas circumvisinhanças dos ganglios tumefactos uma porta de entrada, uma erupção, um ferimento, uma ulceração, que justifica, na mór parte dos casos, a angioleucite.

A adenite e a leucocythemia não se pôde confundir com a febre ganglionar, cuja evolução é toda differente, além de que o exame do sangue demonstrará as desordens que aquella acarreta.

Tratamento e prophylaxia — Sendo a febre ganglionar de caracter, em geral, brando, evoluindo a affecção sem produzir maiores depredações ao organismo, não ha indicação para um energico tratamento.

Si ha hyperthermia, os antithermicos e sobretudo a quinina e seus derivados têm a sua indicação; si ha embaraço gastrico deve-se combater-o. Emfim preencher-se-hão as indicações de momento, fazendo-se applicar sobre a séde do engorgitamento ganglionar uma pomada de ichthyol camphorada ou de thigenol ou ainda de collargol.

Será de vantagem a antiseptia de cavidade buccal.

Sendo possivel o contagio da febre ganglionar, impõe-se o isolamento do doente, submettendo-se todas as pessoas que se achavam em contacto com o doente, ao uso de collutorios de resorcina, asapol, chloratos alcalinos ou boricina.

18ª Proleção

Grippe

Deveria no correr destas palestras algo dizer sobre um grupo de pyrexias, ainda mal definido, e que alguns autores rotulam com a denominação um pouco enigmatica de *febre ephemera*. Os progressos da clinica, o desenvolvimento crescente dos estudos de bacteriologia

esclarecerão certamente a questão o taes modalidades morbidas entrarão nos differentes grupos já conhecidos das estroptococcias, colibacillozes, toxi-infecções, etc., como já se vae verificando.

Preferindo, pois, tratar das diversas partes da pathologia infantil com o methodo hodiernamente exigido, e continuando as nossas palestras sobre as molestias infecto-contagiosas, devo occupar-me hoje de um capitulo importante — o da grippe.

Historico — Molestia com outras muito confundida antigamente, pôde-se dizer que somente nestes ultimos annos tem sido estudada no que concerne a infancia.

É uma molestia infecto-contagiosa que pôde affectar varias formas.

Frequencia — A confusão que os antigos faziam não permitia que se pudessem ajuizar do gráo de frequencia da grippe. As estatisticas modernas fizeram ver que a grippe ataca a infancia com certa intensidade, sendo relativamente fraca a mortalidade. Em algumas epidemias tem-se mesmo notado uma certa predominancia da molestia pelas creanças.

Nenhuma idade é a ella poupada. Chambrelent e Townsend admittiram a grippe congenita; E. Perier, secundando as affirmações de D'Astros, Flesch e Dauchez, mostrou a immundade relativa dos recém-nascidos que mamam em mulheres affectadas de grippe, ao contrario do que succede com os aleitados artificialmente.

Para Henri Gillet a molestia seria rara antes dos seis mezes; muitos têm encontrado, como eu, casos de grippe em lactantes tenros; Kanellis teve mesmo a oportunidade de observar a predominancia nestes.

Etiologia — Apesar de algumas controversias recentes, admite-se como agente especifico provavel da grippe o coccobacillo de Pfeiffer.

Para Rosenthal o agente etiologico da influenza infantil seria o pneumococco.

O primeiro accommettimento da molestia não confere absolutamente a immundade (H. Gillet, Filatow e outros). Tenho reiteradas vezes assistido a reincidencia desse morbó em varias edades no mesmo individuo.

Tem-se admittido que a invasão do organismo pelo agente microbiano especifico (?) se faz pela mucosa das vias respiratorias.

Com relação ao modo de desenvolvimento da influenza no seo das populações, concordo com Filatow, que ella pôde atacar epidemicamente a infancia, como é frequente na Russia, ter o caracter endemico que ao contrario daquella forma, accomette maior numero de creanças do que de adultos, e finalmente, extender-se largamente sob a forma de pandemia.

De 1901 a 1905 (4 annos) sobre 8.500 doentinhos tratados no «Dispensario Moncorvo», foram registrados 326 casos de grippe.

Anatomia pathologica — Si bem que a grippe determine um quadro clinico muitas vezes grave e espectacular, as lesões deixadas não apresentam o caracter de intensidade que seria de esperar. A maioria das lesões profundas filiam-se a complicações.

É verificada quasi sempre uma hyperemia das mucosas das vias respiratorias. No apparelho gastro-intestinal ha por vezes signaes de inflammation catarrhal. A esplenomegalia é inconstante.

Taes são em seus traços geraes as desordens anatomico-pathologicas da grippe infantil.

Symptomatologia — Já vos disse no inicio desta proleção que a grippe podia affectar varias formas clinicas.

Como bem ponderou o illustro pediatra brasileiro Dr. Clomente Ferreira «attenta a susceptibilidade manifestada do aparelho respiratorio, a impressionabilidade physiologica do systema nervoso das creanças, a vulnerabilidade particular do tegumento e a facilidade dos reflexos vasomotores nessa phase da vida, é logico inferir-se que frequentemente devem cabir sob a observação casos de manifestações frequentes, broncho-pulmonares, nervosas e cutaneas.

«Considerando-se, demais o quanto se mostra o germen da influencia intensivo em suas propriedades fluxionarias e congestiparas e manifesto em sua prodilheção de effeitos sobre os centros cerebraes e espinaes, mesmo na idade adulta, facilmente se explica porque se assignalam por seus symptomas vasculares, exanthematicos, asthenicos e nervosos, as varias modalidades da infecção pelo bacillo do Pfeiffer.»

Segundo Gillet a grippe na phenomenologia da do adulto ; nas edades mais baixas a molestia reveste o cunho da irregularidade e por isso foi muito bem definida pelo sabio Henri Huchard «une maladie à méprise, a surprises, et à surprises.»

Gillet falla nas formas: *febril, catarrhal ou thoracica, nervosa e a gastro-intestinal*, que absolutamente não admitto, baseado em muitos argumentos e na observação clinica.

Prefiro dividir as formas da influencia infantil em: *broncho-pulmonar, nervosa e cutanea*, o que mais se coaduna com a nossa observação nesta Capital.

Qualquer dessas formas caracteriza-se desde o inicio ou no correr da evolução morbida.

A incubação é variavel na sua duração; ora muito rapida (D'Astros), ora durando um ou dous dias (Filatow), ora existindo por muitos dias (Cartens).

Abrem a scena de invasão da grippe os phenomenos de prostração, cephalalgia, rachialgia, dores vagas e a febre.

A febre apresenta caracteres variaveis: é prolongada na chamada *febre grippal prolongada* (D'Astros); é muito fugaz na *febre de accessio unico*, que geralmente dura 24 horas (Perier, Baginsky, J. Simon e D'Astros); apresenta o *typo intermittente* (J. Simon e Perier) em muitos casos.

Não é raro nos recém-nascidos a grippe manifestar-se apenas pela elevação de temperatura e pelo estado de somnolencia.

Por vezes nota-se abundante diaphoresis e a creancinha geme de quando em quando interrompendo o somno com gritos.

Ao lado desses estados febris, encontra-se, segundo Filatow e H. Huchard, a grippe apyretica.

Na forma broncho-pulmonar predominam os phenomenos de inflammation catarrhal das vias aerias. O catarrho das mucosas é geralmente o phenomeno dominante nas epidemias de grippe.

O catarrho occulo-nasal, o coryza, a tracheo-bronchite, ao lado dos symptomas geraes (asthenia, phenomenos nervosos, sensações dolorosas etc.), caracterizam a molestia. O doentinho, que quasi sempre neste estado mostra-se febril, parece achar-se no periodo de invasão de qualquer febre eruptiva.

Não tarda a sobrevir uma dyspnéa toxica, muitas vezes intensa, acompanhada ou não de anciedade precordial, resultante de accentuada perturbação das funcções do pneumogastrico. A minha observação tem feito reconhecer, até em creanças muito tenras, grave accommetimento do pneumogastrico.

A tracheo-laryngite grippal, com tóse coqueluchoide, é tambem communmente verificada na infancia, e bem assim as anginas, mesmo as do caracter estriduloso, as pharyngites e as broncho-pneumonias, bastante frequentes em todas as edades.

Qualquer dessas modalidades póde apresentar o caracter de maior ou menor gravidade.

Por vezes, dadas certas condições (estado de humidade atmospherica, desnutrição por molestias anteriores, etc., etc.) a grippe póde nas creanças affectar uma gravidade extrema.

Na forma nervosa predominam: a cephalalgia, a dor parte das vezes intensissima, a photophobia, a hyperesthesia, as nevralgias e o pseudo-rheumatismo. Muitos tem até pretendido crear uma forma rheumatica da grippe na qual se encontra o exaggero dos phenomenos dolorosos das massas musculares, nas articulações, acompanhados de curvatura, asthenia, lumbago, rachialgia etc. (Henri Gillet).

O meningismo grippal, ou a pseudo-meningite grippal foi estudada por Sevestre, Comby e Curti.

A forma cutanea tem sido, pelos observadores brasileiros, frequentemente encontrada na grippe infantil.

Na maioria dos casos existe um exanthema polymorpho, ora scarlatiniforme, ora morbiliforme, em alguns doentinhos mesmo affectando os caracteres da urticaria.

As complicações da grippe na infancia podem ser as de todas as molestias infecto-contagiosas e conforme os agentes microbianos associados ao bacillo do Pfeiffer.

O estreptococco, o pneumococco e outros podem ser os causadores de broncho-pneumonias, adenopathias tracheo-bronchicas, nephrites, meningites, nevralgias, atrophias etc.

Uma complicação que julgo commun entre nós é a otite suppurada. Como Leloir demonstrou póde-se encontrar tambem a pyodermia, o que muito raramente hei verificado.

Deve-se assignalar que como o sarampão e a coqueluche, a grippe abre frequentemente as portas à invasão da tuberculose, mormente nas creanças debeis ou dotadas d'um terreno já preparado pela herencia.

Diagnostico — Quando grassa uma epidemia de grippe, o diagnostico se torna relativamente facil, porque a molestia n'uma mesma familia ataca quasi sempre sinão todos, pelo menos a maioria das pessoas que habitam debaixo do mesmo tecto.

Segundo os mais distinctos investigadores, os paroxysmos epidemicos da influencia agravam as outras molestias reinantes (sarampão, diphteria, toxí-infecções digestivas, etc.).

E' aqui occasião de reclamar, meus senhores, contra o abuso que entre nós se tem commetido do diagnostico de grippe. Realmente estamos habituados a ver facilmente diagnosticar de grippe todo o resfriamento acompanhado de coryza ou do pharyngite, a tracheo-bronchite e outros pequenos accidentes morbidos geralmente verificados por occasião de grande baixa de temperatura atmospherica acompanhada de intensa humidade, o que frequentemente se observa em nosso clima.

Tem-se abusado dessa designação rotulando estados morbidos diferentes o tempo já é de reagirmos contra esse processo de tão prejudiciaes effeitos.

No tocante à infancia o epitheto de *grippe intestinal* tem servido para deixar evoluir, sem a precisa intervenção medicamentosa, varios estados pathologicos de natureza diversa.

São quasi que característicos na gripe os phenomenos dolorócos, as perturbações nervosas e sobretudo a prostração, a asthenia, phenomenos esses que não acompanham as leves inflamações catarrhaes motivadas pela estação fria.

O apparecimento, no 4º ou 5º dia, do exanthema característico, coincidindo com a defervescencia da febre 24 ou 36 horas depois, dissipam as duvidas da supposição de sarampão.

Todavia, nas formas cutaneas da gripe, o diagnostico torna-se por vezes algum tanto difficil.

A forma intermitente lembra o impaludismo, tanto mais quanto pôde nesses casos o doentinho apresentar congestão visceral, estado saburral etc. Impõe-se então o exame microscopico do sangue, que poderá ajudar á elucidação do diagnostico.

Em quaesquer hypotheses o accommettimento de varias pessoas em uma mesma casa, o estudo da constituição medica local, concorrerão sobremodo para que ao clinico seja permitido firmar a sua diagnose.

Devo entretanto relevar-vos que a marcha da gripe é muito irregular, já no seu periodo de estadio, já no tocante á convalescencia.

A depressão é o phenomeno dominante e essa asthenia pôde perdurar, acarretando até phenomenos de verdadeira neurasthenia, seguindo-se á convalescencia.

Tenho presentemente em tratamento uma doentinha de cinco annos que ha mais de tres semanas se restabeleceu de uma gripe grave; pois bem, o seu estado de magreza foi consideravel, a pallidez intensa e a asthenia muito accusa-la e só agora começa ella a sahir desse estado de abatimento tão prolongado.

Prognostico — Si bem que, na maioria dos casos, entre nós mais que em outros paizes, a gripe infantil se revista frequentemente de uma certa benignidade, tem-se visto, aqui mesmo na Capital da Republica, paroxysmos epidemicos em que as creancinhas, e até muito tenras, toem sido atacadas com extrema gravidade.

Quanto a mortalidade, nos paizes em que a gripe geralmente grave, assumi ella a proporção de um terço da letalidade geral. Entre nós esse dizimo parece muito mais reduzido. Outro tanto não succede porém com a morbilidade, que é por vezes maior do que a do adulto.

Tratamento e prophylaxia — Tem sido indicadas para a gripe um grande numero de medicações, e não desejando fatigar-vos mais, referirei apenas qual o processo que uso no tratamento das creanças della affectadas.

Colloco o doente em uma atmospheria aquecida e começo prescrevendo reiteradas lavagens antisepticas das mucosas (asaprol, resorcina, acido salicylico, boricina etc.), com o intuito de prevenir as infecções secundarias. Para corrigir a febre, muitas vezes intensa, o emprego de alguns antipyreticos fornece resultados (quinina, salicylato de sodio). A associação do bromhydrato de quinina e da aspirina tem-me proporcionado grandes beneficios, concorrendo para corrigir com certa rapidez os phenomenos febris e sobretudo o mau estar e a asthenia consideravel que tanto importuna o doentinho.

Si ha embaraço gastrico, não prescindindo de corrigir o doentinho a administração do calomelanos e outros purgativos, submettendo a creança ao uso de alcalinos e outros agentes therapeuticos.

Quando se trata de lactantes, tenho muito cuidado para que não haja desvios no regimen alimentar.

A inflamação catarrhal das vias aereas é beneficemente combatida pelo emprego dos balsamicos (benzoatos, torpina, thiocol e outros), administrados concomitantemente com bebidas quentes que facilitam a transpiração.

O estado de anemia e os phenomenos asthenicos, que se prolongam na convalescencia, serão combatidos pelos tonicos (arrhenal, iodo, tonicos, ferruginosos etc.).

Em se tratando de uma molestia bastante contagiosa, será de boa norma evitar o contacto directo do doentinho com outras creanças sãs e sobretudo que estas se exponham ás intemperies, visto que a humidade muito influe para o accommettimento do mal.

As lavagens antisepticas das mucosas nasal e buccal, como meio prophylactico, produzem, as vezes, resultado favoravel. Para muitos as pulverisações de agua chloroformada (5:1000), os vapores de formal, ou mesmo o emprego de pequenas doses de bromhydrato de quinina, seriam meios preventivos de certo valor.

Eis o que me cumpre resumidamente dizer a proposito da gripe infantil.

20.ª Prelecção

Febre typhoide

Proseguindo nas nossas palestras, eu devo fallar-vos hoje da febre typhoide.

Molestia rara na infancia do Rio de Janeiro, a febre typhoide por isso mesmo não constituirá para nós assumpto de tanto interesse como para aquellas que militam em zonas onde ella domina.

A febre typhoide é uma molestia infecto-contagiosa, que ataca tanto o adulto, como a creança, apresenta uma marcha cyclica e é causada pelo bacillo de Eberth.

Historia — Como se pôde prever foi ella durante muito tempo confundida com outras pyrexias, maxime no tocante a infancia; deve-se, entre outros, a Parrot, Henech, Cadet de Gassicourt, d'Es-pine e Gerhardt, haverem de 1882 em diante melhor estudado, tendo cabido, pôde-se dizer, a Reiliet e Barthez terem dado, em seu excellente Tratado, a descripção classica da febre typhoide infantil.

Muitos outros trabalhos depois desses têm sido publicados e que muito serviram para esclarecer pontos obscuros desse capitulo da pediatria.

Etiologia — Parece haver accordo entre os observadores que a frequencia da febre typhoide está na razão inversa da idade, quer dizer sendo tanto mais commum, quanto a creança está menos proxima do nascimento. Mesmo nos paizes em que ella é endemica, consideram-na rara antes dos dois annos.

Marfan a quem se deve um estudo especial da febre typhoide dos recém-nascidos, reconhece apresentar esta uma symptomalógia muito pouco precisa.

Quanto ao sexo não tem sido propriamente verificada predilecção para as meninas ou os meninos.

O elemento etiologico de maior valor é o contagio. Parece provada a contaminação pela vehiculação do bacillo de Eberth, pela agua potavel e, tambem, pelo leite, em geral, não submettido á previa clu-

lição. Por qualquer destes dois modos tem-se observado o desenvolvimento de epidemias (Mery).

O contágio directo, de individuo á individuo, tem sido, embora raramente, assignalado por alguns autores. Olivier, Guinon e Netter referiram varios casos desse genero observados em creanças.

Por outro lado tem-se admittido a possibilidade da contaminação do lactantes pelo leite das nutrizas affectadas da febre typhoide; no entanto alguns observadores, como Nobecourt e Uffelman affirmam haver podido registar factos oppostos. Dest'arte a questão affirmar ainda resolvida.

O mesmo não se dá porém, com a infecção do feto na vida intra-uterina, por intermedio da placenta, visto que as investigações clinicas e experimentaes de Vidal, Chantemesse, Eberth e muitos outros vieram provar a possibilidade da infecção typhica congenita.

Tem sido constatados abortos, causados pela febre typhoide, não sendo para nesses casos, tambem, a nati-mortalidade. Muitas vezes o feto nascido vivo não tardia a fallecer de uma septicemia hemorrhagica, com grave lesão do fígado e do bazo.

Para rematar o que disse a proposito da infecção typhoide, por via placentaria, devo declarar que penso com Mery que «uma mulher affectada de febre typhoide, não transmite fatalmente a molestia ao producto da concepção.»

Anatomia-pathologica — As lesões anatomo-pathologicas dessa molestia, nas creanças, são muito menos intensas do que as dos adultos. A tumefacção molle das placas de Peyer é menos accentuada, sendo excepçoes nas ulcerações intestinaes tão frequentes no adulto. Quando estas existem localizam-se antes ao nivel da valvula ileo-caecal, do que nas diversas partes do colon.

O bazo e os ganglios mesentericos podem apresentar um grande volume.

Symptomatologia — Os especialistas que exercem em climas onde a febre typhoide domina, estão accordes em admitir uma forma normal, cyclica e uma forma anormal em que a marcha é anormal deixando muitas vezes o clinico em serios embarços para o estabelecimento exacto do diagnostico.

Nos casos geraes a marcha da molestia processa-se como no adulto. Sevestro, porém, insiste na rapidez do inicio, uma creança muitas vezes de perfeita saude, sendo inopinadamente acometida de febre elevada, até mesmo de 40°, vomitos, cephalalgia intensa e outros symptomas, como se fôr uma pneumonia (Vidal.)

No periodo de estadio, a lingua apresenta-se com o rebordo vermelho e saburrosa no centro, podem sobrevir perturbações gastro-intestinaes, mais ou menos intensas, a inappetencia quasi sempre sendo constantes além da febre, a curvatura e a insomnia e muitas vezes até as epistaxis.

Um facto para o qual devo particularmente chamar a vossa attenção é para o traçado thermico da febre typhoide. Em geral nota-se no primeiro septenario, o periodo das oscillações ascendentes que na infancia não é constante; a temperatura mantem-se elevada, ou minado de periodo de estadio, a temperatura durar por espaço até de 20 dias; finalmente ha um terceiro periodo, o chamado das oscillações descendentes ou de declinã cuja duração é mais variavel na creança que no adulto.

Raramente a febre apresenta uma defervescencia rapida.

Ha certos symptomas do adulto, que nem sempre se encontram na creança, como os symptomas abdominaes, o meteorismo, as dores da fossa iliaca direita, o gargarejo, etc.

A esplenomegalia é muito commum na febre typhoide infantil. Menos constantes são as manchas rosas lenticaulares; em certos casos nota-se, entretanto, um verdadeiro exanthema.

Muitas vezes acompanha a molestia uma bronchite ou phenomenos de angina.

Ao cabo de tres semanas mais ou menos o doentinho entra em convalescença que encontra a creança amagrecida, pallida e com o pulso lento e irregular; a sua pelle, então, geralmente se descama, o appetite renasce com pujança, os cabellos podem cair e o crescimento apresenta-se n'um grande numero de convalescentes algum tanto exagerado.

A forma grave da febre typhoide na infancia muito se approxima da do adulto (febre continua, adynamia, carphologia, accidentes diarrheicos agudos, meteorismo abdominal, lingua descamada e secca, dentes fuliginosos, etc. O restabelecimento do doentinho é, no entretanto, a regra.

Na forma abortiva é que nem todos os casos são facilmente diagnosticados. Para muitos, certos estados febris mal definidos, os embarços gastricos e outros phenomenos moribundos de pouca duração e frequentemente observados na infancia, outra cousa não seriam do que formas frustas da febre typhoide.

Emquanto a bacteriologia não esclarecer bem esse ponto, sobretudo no tocante aos casos observados no clima em que exercemos, não é facil aceitar-se essa modalidada da febre typhoide.

Quando a molestia ataca os recém-nascidos, tem alguns observadores asserverado serem communs os phenomenos nervosos, meningiticos, ataxo-adynamicos, podendo sobrevir a morte no decurso de accidentes cholericiformes.

Complicações — Tem sido consideradas raras nas creanças as hemorrhagias e perfurações intestinaes, as parotidites, certas laryngites, etc.

Apresentam-se, porém, frequentemente as otites suppuradas, as broncho-parmonias, as meningites, as osteomyelites, as nephrites, as arthrites, etc.

Diagnostic — Não será demasiado para este ponto chamar toda a vossa attenção. Começo relembrando-vos um caso de uma menina de 11 mezes e que foi matriculada neste Dispensario em maio do corrente anno, e sob o n. 13.237. Era ella moradora no Engenho Velho.

Creança de compleição robusta, foi bruscamente acometida de febre elevada, vomitos, movimentos convulsivos, não tardando em cair em estado de sopor, do qual não mais sahiu até a morte que se deu do 13° para o 14° dia de molestia.

Essa doentinha teve todo o cortejo da febre typhoide: a marcha da temperatura, o estado da lingua e do ventre; teve dor na fossa iliaca direita, gargarejo, tympanismo abdominal; signaes de bronchite diffusa; manchas rosas na parede do ventre e sobretudo um estado geral que muito lembrava os accidentes produzidos pelo bacillo de Eberth.

Não apresentava, no entretanto, nem congestão hepatica, nem esplenica, esta ultima considerada, como se sabe, de grande valor no diagnostico da febre typhoide.

Deo logo procurei dissipar as minhas duvidas, fazendo proceder ao sero-diagnostico de Vidal, o que logo não pode ser obtido.

No dia em que essa reacção ia ser procedida por um illustre bacteriologista, a doente succumbiu.

Essa doentinha que já trazia alguns dias de tratamento com outro facultativo, dada a raridade entre nós da febre typhoide (foi este até hoje o unico caso observado no Dispensario Moncorvo, sobre um total de mais de 15.000 doentinhos), e a ausencia do soro-diagnostico, deixou em meu espirito as maiores duvidas, pois que os phenomenos apresentados pela doentinha n. 13.237, podiam ser filiados a outro agente causal que não o bacillo de Eberth.

Muitas são, certamente, as molestias que podem ser confundidas com a febre typhoide infantil.

As pyrexias exanthematicas, as osteomyelites, a gripe, a meningite tuberculosa, a pneumonia, certas formas de tuberculose, o impudismo e algumas toxi-infeções gastro-intestinaes.

O curso da molestia distinguirá as duas primeiras. Com a gripe porém o diagnostico differencial é mais difficil e a marcha da temperatura, o engorgitamento do baço, os phenomenos asthenicos, nem sempre podem servir para o diagnostico differencial como querem os autores; a constituição medica da occasião, o accommetimento de varias pessoas em uma mesma família, são indices preciosos para a diagnose de gripe.

Os prodromos insidiosos da meningite tuberculosa nem sempre permitem uma facil classificação da molestia.

Na forma de tuberculose infantil, denominada typho-bacillose de Landouzi os symptomas são muito enganadores e a confusão pôde-se dar.

Tenho sido convocado algumas vezes para tratar de creancinhas affectadas dessas duas ultimas entidades mórbidas e que durante certo tempo vinham sendo tratadas como affectadas de febre typhoide.

Convém o exame do sangue quando haja suspeita de paludismo. Em certos casos de toxi-infeções digestivas torna-se muitas vezes de uma difficuldade extrema o diagnostico exacto.

Ha, porém, um recurso soberano que na mór parte dos casos dissipa todas as duvidas; refiro-me a *soro-reacção de Widal*, methodo de laboratorio de alto valor para a clinica.

Consiste elle na agglutinação obtida do sangue do doente quando se o junta a uma cultura do bacillo de Eberth. Nos casos positivos dá-se a agglutinação dos bacillos.

A *diazo-reacção de Ehrlich* não sendo pathognomionica da febre typhoide e falhando mesmo em certos casos, não pôde merecer toda a confiança do processo de Widal.

Os outros methodos tambem para esse fim indicados tem menos valor ainda.

A pesquisa do bacillo de Eberth no sangue é difficil e ainda mais é a sua verificação nas fezes, graças a sua confusão com o *bacterium coli communis*.

Prognostico—Para Mery os autores classicos exageraram a benignidade da febre typhoide na infancia, pois lhe consagravam media de 8 % de mortalidade. As estatisticas mais modernas de Rellet e Barthet, d'Espine e Picot, Henoch, Vamot e outros fornecem um dizimo de 13 a 15 %.

Para Mery o obituario da febre typhoide infantil varia entre 11 e 12 %, quando no adulto é de 17 %.

As opiniões, porém, tem variado em relação a mortalidade pelas edades, chegando alguns a affirmar ser aquella de 50 % nas creanças

menores de dous annos, nesta apresentando, quasi sempre, a molestia particular gravidade.

O que é certo, porém, é que o prognostico varia conforme o desenvolvimento das epidemias e de accordo com as condições de clima.

Entre nós a febre typhoide infantil é de raridade extrema, podendo-se mesmo considerá-la a uma molestia esporádica no Rio de Janeiro. Em um total de 8.500 doentinhos tratados neste Dispensario no decurso de quatro annos (1901-1905), nenhum caso de febre typhoide foi assignalado.

Tratamento — Além dos cuidados na alimentação do doente, da hygiene a que deve ser submettido, far-se-ha a therapeutica indicada aos casos visto que ainda não existe uma medicação especifica.

Os antithermicos physicos (a balneotherapia sobretudo) e os chimicos são muito aconselhados, devendo-se proceder a uma rigorosa antiseptia do apparelho gastro-intestinal (pelo calomelanos, salol, benzonaphthol, etc.) e corrigir os symptomas que vão apparecendo, procurando estabelecer medidas de antiseptia tendentes a evitar o apparecimento das complicações (antiseptia dos orificios naturaes e da pelle, enteroclysmos, etc.)

Prophylaxia — Deve-se pôr em contribuição os melhores esforços fim de evitar a propagação do mal, para isso sendo necessario o estabelecimento de todas as providencias que sempre se applicam ás molestias infecto-contagiosas.

21.ª Prelecção

Paludismo

Como sabem todos os Senhores a malária é conhecida tambem no Brazil pela denominação de *impudismo, paludismo, febre palustre ou intermitente, maleita e sedes*.

Trata-se de uma pyrexia que domina em muitas zonas do nosso paiz, sendo algumas flagelladas com intensidade por esse mórbio sob a forma endemica.

As noções adquiridas com os progressos da microscopia clinica vieram em muito modificar os conhecimentos até pouco tempo adquiridos com relação a pathogenia e ao diagnostico da malária.

Em nossa Capital, sendo bôa a situação sanitaria actual, graças a grandes medidas de saneamento e de hygiene geral, o paludismo tem desaparecido na zona urbana da cidade, existindo ainda com tal ou qual intensidade em alguns suburbios e cercanias do Districto Federal.

Segundo os antigos clinicos do Rio de Janeiro, a febre palustre era outr'ora notoriamente frequente aqui. Muitos observadores modernos, porém, pretendem assegurar que, sob o rotulo de impudismo, eram agrupadas molestias diversas que os recursos e os conhecimentos da época não permittiam discernir.

Para o estudo do impudismo nesta Capital muito contribuíram as investigações de Moncorvo Paes, Fajardo, Clemente Ferreira e alguns outros que particularmente se entregaram ao conhecimento exacto da questão.

Etiologia — A descoberta do *plasmodio de Laveran*, por este sabio feita em 1880 e a consequente demonstração de que esse hamatozoario é vehiculado por um mosquito o — *anopheles* — constituiram uma verdadeira revolução no terreno da pathologia da malária.

O *plasmodium malariae* é um parasita que apresenta dois ciclos distintos de vida: um no sangue dos indivíduos da espécie humana e outro no corpo do anophéles.

No sangue humano elle é representado por um corpusculo, dotado de movimentos ameboides de dimensões mais exiguas que a hematia e cujo papel pathologico intrinseco é a transformação da hemoglobina em pigmento melanico.

A multiplicação do plasmodio se faz por divisão e os corpusculos recém-formados sahem de um globo de sangue para invadir outros, recomendoando destarte um novo ciclo.

Nesse periodo de reprodução do hematozoario é que se processa o phenomeno febril. A anemia de que é accometido o impaludado é resultante da destruição das hemattas pelo parasita que dellas se nutre. O pigmento melanico é englobado pelos leucocytes o pelas cellulas endotheliaes.

Si os hematozoarios se extinguirem por si proprios, a cura expontanea se operará; caso contrario é preciso destrui-los pelos agentes anti-malaricos, como os saes de quinnina por exemplo.

Ainda no sangue humano o hematozoario em lugar de se subdividir, cresce, tornando-se maior do que uma hematia.

Nesse estado e sendo encontrado só no sangue, pôde o individuo não ter febre nem symptoms de anemia, e quasi sempre essa forma do plasmodio acaba por soffrer uma degeneração, extinguindo-se em seguida.

A forma de *méia lua* que não raro adquire o hematozoario, é caracteristica da variedade de impaludismo denominada *estivo-outeiral*. Na *febre terça* ou *quarta* encontram-se formas homologas, todas ellas havendo recebido o nome generico de *gametas* e que por sua vez podem adquirir filamentos chamados *flagellos*.

O anophéles pica o doente malarico, suga-lhe o sangue onde existem as gametas. Estas uma vez no intestino do mosquito não tardam a adquirir flagellos especiaes contendo no interior filamentos de chromatina. Estes flagellos secundam outros desprovidos de chromatina.

Uma vez fecundadas as gametas podem insinuar-se pelo epithello do intestino do anophéles, entre as fibras musculares, cercando-se então de uma capsula, o que lhe consagra os predicados de um esporozoario.

Augmentam então de volume, o nucleo subdivide-se, transformando-se em filamentos, chamados de *sporozoitos*, os quaes, pela rumadura da capsula, se espalham indo alajar-se nas glandulas salivares do anophéles. Pela picada em qualquer individuo da espécie humana em estado hygido, inocula o plasmodio que inicia no sangue humano o cyclo já assignalado.

Pelo que acabei de dizer-vos facil é deprehender que o plasmodio no sangue humano tem um *cyclo asexual* e no bôjo do mosquito um *cyclo sexual*.

No primeiro, o periodo vital é de um a tres dias e no segundo de oito a dez, sendo que os autores de maior nota consideram o anophéles como o *habitat* definitivo do parasita, no homem podendo-se considerar-o apenas como um hospede intermediario.

Muitos pontos ainda obscuros da doutrina hoje em voga, convencem-nos de que mister se tornam novas investigações que bem os elucidem.

Um ponto muito interessante é que os observadores só admittom como capaz de transmittir a malária o mosquito do genero — *anophéles*; este pôde existir em varias zonas do globo sem que nellas domine a malária; para que esta se propague é preciso que hajam individuos atacados da molestia o sejam pelos mosquitos picados.

Os estudos mais notaveis sobre as diversas modalidades da malária foram os de Goldi, Marchiafava e Celli, os precursores da descoberta de Laveran.

A Guido Bacelli se deve a demonstração experimental de que a inoculação das diferentes fórmas do hematozoario reproduzem os mesmos typos febris.

Além da inoculação pela picada do anophéles, ficou provado que a injeção endovenosa, praticada em um individuo são, de sangue retirado de um paludico acarreta-lhe accidentes malaricos.

O exame microscopico do sangue, pela verificação da presença do plasmodio, mereca para a maioria dos autores um grande valor.

Pretendeu-se, todavia, considerar como doutrina que, uma vez não tendo sido encontrado o hematozoario dever-se-hia banir o diagnostico de malária.

Contra esse exclusivismo, aliás em desacôrdo com os mais severos principios scientificos, protestaram Pfeiffer, Hoffmann, Dujardin-Beaumetz, Triantaphylly, James, Vinberg, Moncorvo Pae e eu proprio (*Transactions of the first Pan-American Congress, 1893*).

Patrick Manson mesmo, adepto fervoroso do exame do sangue nos casos de malária, declara que a prova negativa não tem o valor decisivo que se lhe tem querido attribuir; com relação ao impaludismo chronico do mesmo modo pensam Laveran, Catrin e outros.

Fizeram a pesquisa positiva do plasmodio no sangue de creanças Hochsinger e Koplick, havendo Koch assignalado a existencia do hematozoario de Laveran em creanças perfeitamente sadias.

A questão do valor do exame do sangue de creanças affectadas de impaludismo carece de acurados estudos para ser completamente resolvida.

Proseguindo nas referencias que mereca a etiologia da malária, cumpre-me declarar-vos que para muitos como: Charles Leroux, Stockes, Duboué, Meigs, Popper e Moncorvo Pae, a malária poder-se-hia transmittir por via placentaria.

Bein affirmou ter verificado o hematozoario no sangue de um recém-nascido e Bouzian, em 1892, pretendeu demonstrar a transmissão intra-uterina do plasmodio de Laveran.

Ha porém uma grande corrente de opiniões como as de Bignami e Guarniere, Marchiafava, Sereni e outros, que, baseados em estudos microscopicos dignos de todo o conceito, tendem a não acreditar no heredo-impaludismo.

Quanto a passagem do hematozoario pelo leite, admittida por Boudin, Lewis Smith e outros, recebeu uma solução definitiva graças aos estudos de Sereni que jamais conseguiu encontrar parasitas da malária no leite de mulheres affectadas gravemente desse morbô, em diferentes periodos depois do parto.

A frequencia da malária entre as creancinhas no Rio de Janeiro não pôde ser afferida com precisão diante de multipias circumstancias. Cabe porém assignalar-vos que n'uma estatistica de quatro annos (1901-1905) do Dispensario Moncorvo sobre 8.500 doentinhos emquanto foram registados 328 casos de grippe, só se encontraram 131 doentinhos de paludismo.

Em relação a frequência pelas idades é divergente o modo de pensar dos observadores de varias nacionalidades. Semanos, Bouchut, Burdel, d'Espiné e Picot, Boléscio, Rouvier e Moncorvo Pae, affirmaram ser a malária muito commum nas creanças das primeiras idades e até nos recém-nascidos.

Para Luigi Concetti, ao contrario, as creanças de tenra idade gozariam de certa immunnidade, que em muitos casos seria mesmo congenita ou familiar.

Symptomatologia — Diante das divergencias acerca da evolução do impaludismo na infancia, não se pôde precisar do mesmo modo que para outras affeições, o quadro symptomatologico da infecção palustre, sendo elle variavel conforme as suas modalidades ou a idade do doente.

Muito bem diz Luigi Concetti que «com effeito o impaludismo é nas creanças muito menos frequente do que tem querido a mór parte dos medicos, pelo menos nas cidades e nas localidades que não são profundamente palustres. A intermittencia da febre ou de um symptoma, por si só não basta para autorisar o diagnostico de malária.» Mórmente em creanças, esse paroxysmo intermittente, encontra-se muito frequentemente nas manifestações as mais variadas da tuberculose, das toxi-infecções gastro-intestinaes, nas diversas molestias infectuosas (influenza, meningite epidemica), por vezes tambem nas pneumonias, no pleuriz, na febre typhoide e sobretudo nas differentes formas de anemia, de leucemia, de pseudo-leucemia, etc. Continúa Concetti: «Eu tenho innumeradas vezes repetido o exame do sangue em creanças que, morando numa cidade, suppunha-se que estivessem affectadas de malária e muito raramente encontrei os parasitas. A mór parte das formas, mórmente as atypicas, de impaludismo na infancia que se pretende ver na pratica e descriptas nas obras e nas monographias, resentem-se do unico criterio que é fornecido pelo exame do sangue e quasi todas são fundadas no enganador symptoma da intermittencia.

«A propria esplenomegalia é um symptoma que nas creanças se encontra a cada passo: no rachitismo, nas toxi-infecções chronicas do apparelho digestivo, na syphilis, nas pseudo-leucemias, etc.»

O illustre pediatra italiano que tão bem encareou a questão, affirma no entretanto que «a verificação da melanemia (leucocytos com pigmento) é sufficiente para fazer diagnosticar a malária, mesmo quando não se haja podido descobrir os parasitas».

O mesmo autor que tão brilhante capitulo sobre a malária na infancia escreveu no Tratado de Molestias de Creanças de Grancher, Comby e Marfan, declara que as formas da molestia que viu predominarem nas creanças foram as formas brandas: a febre *terça* antes de todas, do pois a *quarta*, e enfim as febres graves estivo-outonaes, com raras formas verdadeiramente perniciosas.

Concetti insiste sobre a benignidade relativa do impaludismo nas creanças e invoca para ella uma especie de resistencia natural, appellando para a serie grande de exames do sangue a que procedeu em muitas creanças em estado de perfeita saúde e nas quaes pôde encontrar o hematozoario em todas as phases do seu cyclo biologico.

Ha differenças entre os phenomenos de malária da infancia e do adulto que convém ser assignaladas. Todos os especialistas, por exemplo, são acórdes na raridade do calafrio inicial do accesso febril nas creanças. Em recém-nascidos eu só tive occasião de verificar-o uma vez. Em geral nota-se a hyperthermia e a cyanose peripherica;

succedem-se os vomitos que muitas vezes perduram durante o accesso de febre, o doentinho fica prostrado, o quo desapparece quando se opera a doforvescencia thermica. Nas creanças taradas por nevropathias facil é comprehender a possibilidade de accidentes nervosos (agitación, convulsões, delirio) durante o accesso, sobretudo si se nota a hyperthermia.

Os accessos febris, aliás de duração variavel (de 3 a 10 horas mais ou menos) pôdem-se repetir cada vez com menor intensidade e terminar pelo restabelecimento espontaneo do doentinho. Em muitos casos porém os factos succedem-se de modo diverso; a febre *terça* torna-se *dupla terça* e a febre *quarta* tambem se torna *dupla* ou *triple* com um typo de *falso quotidiano* (L. Concetti). Koch não admittu que a febre quotidiana seja primitiva e assevera que toda a febre quotidiana é uma reincidencia ou uma modificação produzida pela administração da quinina.

Geralmente, porém, os accessos são intervalados, observam-se periodos de apyrexia em que a creança pôde apresentar nesses momentos o aspecto de certo-bem-estar geral. Os suores apóz os accessos nem sempre são verificados nas creanças.

Nas formas graves os accessos perduram e tendem a se approximar, não tardando a febre a tomar um typo continuo ou irregular, encontrando-se então no sangue o parasita em diversas phases da evolução. O estado geral soffre então muito; a creança torna-se tristonha, próstada, rabugenta, com evidente desórimento dos tegumentos e si não se opera a intervenção medicamentosa que pôde fazel-o retroceder, o mal se agrava e a *forma perniciososa* não tarda a se desenhlar com o seu quadro de extrema gravidade. Acompanhando os phenomenos que vos acabo de citar, pôde-se encontrar o estado saburral muito accentuado e varias perturbações digestivas com augmento do volume do figado e do baco.

Existindo em muitos casos predominancia de phenomenos gravissimos para o lado do intestino (accidentes choleriformes ou dysentericos) quizeram muitos autores como Filatov, Concetti, Jules Simon e Moncorvo Pae, admittir uma forma intestinal da malária (*diarrhea marenatica*).

A forma mais grave é realmente a *perniciosa*, com predominancia de symptomatas alarmantes, phenomenos ataxo-adynamicos, coma ou convulsões, perturbações gastro-intestinaes ou broncho-pulmonares. Dahi ter-se pretendido distinguir varios typos de perniciosidade (comatoso, eclamptico, cardio-pulmonar, etc.)

O figado e o baco são geralmente nesses casos a sede de grandes congestões e as hepatalgias e esplenalgias não são raras.

A proposito da esplenomegalia de natureza palustre, occorre-me citar-vos dois casos por mim observados, um neste Dispensario e do onto do Dr. Barros Terra, e outro no meu Serviço de Pediatria da Policlinica.

Tratava-se de duas creanças, a primeira de 10 mozes, a segunda de 19 mezes, ambas porém moradoras em ruas centraes da Capital Federal.

Accommettidas de francos accessos de malária aguda essas duas creancinhas, cujo exame do sangue foi positivo pelo reconhecimento do plasmodio no segundo caso e da melanemia no primeiro, apresentavam notavel hypomergalia esplenica que cedeu com a modicação quinica.

Essas observações foram por mim apresentadas a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

De *erythema nodosum palustre* assinalado por Moncorvo Pae e Boileuco temos visto alguns casos embora raríssimos. Infelizmente em todos elles não pôde ser praticada a pesquisa do hematozoário que precisaria do modo completo o diagnostico.

Do mesmo modo se dá com as chamadas *formas tarvadas* do impaludismo (nevralgias, tiques, tremores, soluços e outros accidentes que muitas vezes sobrevêm com o caracter de periodicidade), cujo diagnostico se resente tambem da ausencia do exame microscopico do sangue.

No paludismo chronico, a molestia sendo nas creanças acompanhada de anemia e de esplenomegalia, muito se assemelha a evolução que ella tem no adulto, devendo-se convir, com L. Conetti, que «a malária nas creanças tende mais a chronicidade do que nos adultos.» Em 300 doentinhos, o sabio pediatra italiano encontrou 258 de paludismo chronico.

Nos casos de cachexia, estado a que não tardam a chegar as creancinhas portadoras da forma chronica do impaludismo, nem sempre se encontra no sangue o plasmodio em qualquer de suas phases, como foi pelo proprio Laveran demonstrado.

Na malária infantil, devo chamar a vossa attenção, é commum a molestia desviar-se dos tipos classicos que vem de ser enumerados, podendo ella assumir uma feição de irregularidade aliás commum, como todos os especialistas tem affirmado. As formas bizarras dos accessos febris, a evolução anomala do mal, sobretudo si o exame do sangue não foi obtido, trazem muitas vezes as maiores duvidas ao espirito do clinico e não me fatigarei de pedir-vos que estudeis muito essa questão para a sua completa elucidação particularmente no tocanto ao nosso clima.

Diagnostic differencial — Pelo que tenho dito deduz-se facilmente que nas creanças observam-se as formas regulares, typicas, com os accessos característicos e as formas irregulares atypicas.

Quando o impaludismo evolue regularmente, não é muito facil a confusão, quando o pratico exerce em um clima em que domina a molestia.

No entretanto ha occasiões em que a malária se pôde confundir com a febre typhoide em seu inicio ou a grippe de forma intermittente.

A marcha da molestia, o exame do sangue e outros dados servirão para distinguil-as.

Ha muitos casos de tuberculose generalizada, aguda ou sub-aguda cujos symptomata foram admiravelmente descriptos por Landouzi e Queyrat, que offerecem grande analogia com o impaludismo.

Citar-vos-hei a proposito um caso recente.

Ha poucos dias em companhia do distincto adjunto dos meus serviços clinicos o Dr. Almeida Pires, tive occasião de examinar uma menina de tres annos, que, de um tæz atraz, vinha acomettila de accessos quotidianos francos, tendo notoria pallidez dos tegumentos, o figado e o bazo sensivelmente congestos e dolorosos, e apresentando signaes de uma toxi-infecção digestiva acompanhada de notorio estado sabural.

Os accessos febris intermitentes que se iniciavam por uma hypothermia peripherica, seguida da elevação da temperatura central, eram acompanhados de copiosa transpiração.

Tudo lembrava o quadro do impaludismo; um exame detido porém fez ver que se processava uma tuberculose sub-aguda que por-

feitamente ficou demonstrada por um exame propedeutico meticoloso a que foi a doentinha por nós submettida.

Não raramente sou convidado para tratar de doentinhos tuberculosos, pleuriticos ou grippiticos em que a periodicidade houvera induzido á outros clinicos a estabelecer o diagnostico da malária.

E' preciso pois o maximo cuidado quando se tenha de, em taes casos, firmar o diagnostico differencial particularmente com a forma typho-tuberculose de Aviragnet. Impõem-se nestes casos o exame muito attento do pulmão, do systema lymphatico (micropyladenia) e finalmente os exames microscopicos.

Salvo casos especialissimos, não é facil a confusão do paludismo infantil com as febres eruptivas, a febre ganglionar, a parotidite ou a diphteria.

N'um paiz em que grassa a febre amarella, o impaludismo poderá em alguns casos, mórmente em creanças tenras, dar lugar a duvidas de diagnostico.

A constituição medica da occasião, a precedencia de doentes acommettidos do mesmo mal, a marcha muito especial do typho amarelo, o vomito negro, a ictericia, a albuminuria, etc., concorrerão, ao lado do exame negativo do sangue, para a caracterisação da febre amarella.

Na forma chronica da malária infantil a confusão pôde ser feita com a uncinariose e com a anemia esplenica ou pseudo-leucemia.

Na ankylostomiasse o descoramento dos tegumentos tem um caracter especial, observa-se notoria aberração de appetite e o exame das fezes revela o parasita ou seus ovos.

A associação da malária a uncinariose é aliás muito commum entre nós.

Na anemia pseudo-leucemica, a cor da pelle é círosa e não terrosa como na malária chronica; faltam os antecedentes palustres e observa-se uma hypoglobulia e hypo-hemoglobinemia e um certo grão de leucocytose, não se encontrando nem o hematozoário nem o pigmento melanico.

Prognostico — Apezar da maioria dos autores relevarem a natural immunidadade de muitas creanças para a malária que, quando as acomette, evolue de modo muito benigno, nos paizes quentes e sobretudo nas zonas em que ella existe endemicamente, será de toda a prudencia encerrar como reservado o prognostico em muitos casos.

Como para algumas outras molestias ha toda a vantagem no estabelecimento precoce do diagnostico para evitar o apparecimento dos phenomenos de perniciosidade.

Devo ser reservadissimo o prognostico nos casos de paludismo pernicioso typico, complicado ou não; não é raro em taes casos a terminação pela meningite, pela endocardite ou outra.

Tratamento e prophylaxia — No tratamento da malária infantil possuimos varios methodos: a *via gastrica*, que nem sempre é a preferida pela demora da absorção quando é accusado o estado sabural; a *via rectal*, muito infiel, pois que, quer se administrem os medicamentos em pequenos clysters mórmente si se trata da quinina flança devo haver na absorção o *entermicio* que inspira ainda menos confiança (Briquet); a *via dermica* ou *Briquet*, Quavonne e outros demonstram confiança como couba a Briquet, Quavonne e outros demonstram confiança a absorção dos saes de quinina pelas fricções, loções ou banhos; finalmente, o *methodo hypodermico* que é o mais prompto, mais seguro e o mais effizaz.

A quinina, de todos os tempos, foi sempre considerada como o *especifico* do impaludismo.

Nega-se hoje porém que esse agente therapeutico excite o phagocytismo; admite-se que a quinina actue sómente sobre os parasitas extinguindo-os, tendo-se verificado uma certa diminuição até do numero de leucocytes, pela acção do precioso medicamento.

Tolerando melhor que o adulto a quinina, seus saes e derivados, a creança pôde absorver maiores doses que aquelle sem inconvenientes. A equinina, que é quasi insipida, veio concórrer grandemente para o facil tratamento das creanças, pois, associada a um pouco de bicarbonato de sodio (Moncorvo Filho) e n'uma poção de julepe gommoso e xarope de alcaçuz, não apresenta o menor gosto amargo, sendo perfeitamente tolerada até pelas creanças tenras.

O azul de methyleno, o helianthus annuus e o asaprol foram longamente ensaiados por meu pae o Dr. Moncorvo e por mim com resultados muito animadores no paludismo infantil.

A aristochina, derivada tambem da quinina (96 % de quinina) tem-me proporcionado resultados um tanto satisfactorios em alguns casos.

Quando ha hyperthermia, acompanhada de excitação ou prostração, os antithermicos tem muito boa applicação (antipyrina, aspirina, analgeno, silicylato de sodio, etc.) e sobretudo os antithermicos physicos (balneotherapia, mórmento os banhos sinapisados).

Para combater os phenomenos gastro-intestinaes que precedem ou acompanham a malária o emprego de purgativos (calomelanos) e de antisepticos intestinaes (salol, benzoato de sodio, benzonaphtol, saes de bismutho, bismutose, etc.), é indispensavel.

Quando se trata de recém-nascidos submettidos ao aleitamento natural, devo assignalar-vos um recurso que muitas vezes tenho posto em pratica com os melhores resultados. Como a quinina é absorvida e facilmente eliminada pelo leite em grande abundancia, pôde-se administrar a nutriz o medicamento que não tardará a ser vehiculado até o lactante por intermedio do leite. Esse processo foi ensaiado pela primeira vez por Ebrard o preconizado com entusiasmo por Carlos em 1881.

Sobre o tratamento da malária ainda muito eu teria a estender-me si o tempo m'o permitisse; como porém, já fui além do que estava estabelecido para estas prelecções, aqui fico, dizendo-vos que o paludismo chronico deve ser tratado como o do adulto (arsenicacs, ferruginózos, iodicos, etc.)

Tenho colhido os melhores resultados com o acido cacodylico ou o arrhenal empregados sob a forma de injeções hypodermicas, sendo nesse sentido preciosos o rhenato de ferro e o soro nevrosthenico de Fraisse (glycero-phosphatos e arseniato de estrychmina).

Firmada como está hoje a doutrina da transmissão do plasmodio pelo mosquito, salvo alguns pontos ainda obscuros, a prophylaxia do impaludismo basea-se em tres pontos capitaes: 1º, destruição do anophéles e de suas larvas; 2º, proteger as creanças contra as picadas desses insectos; 3º, proporcionar a creança a necessaria resistencia organica a infecção, pela administração de um bom pegimen alimentar, a vida ao grande ar, etc., etc.

Eis o que vos posso transmittir resumidamente acerca de tão interessante questão.

ERRATA

PAGINAS	EM LOGAR DE:	DIGA-SE:
3	1ª Prelecção	1ª Prelecção (1)
5	cordão umbelical	cordão umbilical
7	veia umbelical	veia umbilical
7	veia umbelical	veia umbilical
8	orificto	orificio
9	do adulto	do adulto
14	fôcososo	fôcoso
12	esvazear-se	esvaziar-se
12	se segue	se seguem
13	das bolsas	da bolsa
13	um outro	um outro
13	factos bastantes	factos bastante
13	demonstrativos;	demonstrativos
13	criança	creança
14	molestias de crianças	molestias de creanças
14	administração	administração
17	Aos dois annos	Aos dois annos
17	necessario	necessaria
17	aleitamento	aleitamento
18	citado Chausier	citados Chausier
24	pesageme	pesagem
24	propriedade	prioridade
24	reivindicar	revindicar
25	porque a sua descripção é obscura	porque ella é obscura.
25	Ella	Elle.
25	apresentando porem	apresentando no entretanto
26	sobre sobre 209 fetos	sobre 209 fetos
26	Augusto Braddo	Augusto Brandão
26	em muitos casos	em muitos casos
26	aqui as opiniões	aqui as opiniões
28	qualquer moldificação	qualquer modificação
28	tendo peso estatura	tendo peso e estatura
28	bacillo de Koch	bacillo de Koch
28	cartillagens de conjugação	cartillagens de conjuncção
30	pelo accumulo do mucina	pelo accumulo de mucina

INDICE

NUMERO DAS PRELEÇÕES	PONTO DA PEDIATRIA	ASSUMPTO	PAGINAS
1ª	Physiologia da infancia . .	Prolegomenos — Respiração, circulação e calorificação.	3
2ª	» » » . .	Digestão, excreções, evacuação, fontanelas, dentes, systema nervoso e marcha.	10
3ª	» » » . .	Puerimetria normal e pathologica	10
4ª	Hygiene da infancia . . .	Primeiros cuidados ao recém-nascido	31
5ª	» » »	Do aleitamento — Aleitamento materno	34
6ª	» » »	Aleitamento mercenario . .	39
7ª	» » »	» mixto	42
8ª	» » »	» artificial	44
9ª	» » »	Ablactação	47
10ª	Thorapeutica inf'antil . .	Generalidades	50
11ª	Pathologia infantil . . .	Diphtheria	57
12ª	» » »	Exanthemas: — Escarlatina .	60
13ª	» » »	Sarampão	63
14ª	» » »	Roseola	67
15ª	» » »	Variola	69
16ª	» » »	Coqueluche	73
17ª	» » »	Parotidite	82
18ª	» » »	Febre ganglionar	86
19ª	» » »	Grippe	88
20ª	» » »	Febre typhoide	93
21ª	» » »	Puludismo	97

INDICE

NÚMERO DAS PRELEÇÕES	PONTO DA PEDIATRIA	ASSUMPTO	PÁGINAS
1ª	Physiologia da infancia . .	Prolegomenos — Respiração, circulação e calorificação.	3
2ª	» » » . .	Digestão, excreções, evacuação, fontanelas, dentes, systema nervoso e marcha.	10
3ª	» » » . .	Puerimetria normal e pathologica . .	10
4ª	Hygiene da infancia . .	Primeiros cuidados ao recém-nascido	31
5ª	» » » . .	Do aleitamento — Aleitamento materno.	34
6ª	» » » . .	Aleitamento mercenario . .	39
7ª	» » » . .	» mixto	42
8ª	» » » . .	» artificial	44
9ª	» » » . .	Ablactação	47
10ª	Therapeutica infantil. . .	Generalidades	50
11ª	Pathologia infantil . . .	Diphtheria	57
12ª	» » . . .	Exanthemas: — Escarlatina . .	60
13ª	» » . . .	Sarampão	63
14ª	» » . . .	Roscola	67
15ª	» » . . .	Variola	69
16ª	» » . . .	Coqueluche	73
17ª	» » . . .	Parotidite	82
18ª	» » . . .	Febre ganglionar	86
19ª	» » . . .	Grippe	88
20ª	» » . . .	Febre typhoide	93
21ª	» » . . .	Paludismo	97