

GAZETA MEDICA DA BAHIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Volume XLVI

MARÇO 1915

Numero 9

Syndrome de Little (*)

Lição proferida na regencia interina da cadeira de Clinica Orthopedica em 1914.

Pelo Prof. Martagão Gesteira

Meus Senhores:

Não será por certo da falta de casos clínicos interessantes que ultimamente nos poderíamos queixar, todos nós que lidamos no serviço da Clinica Orthopedica. Taes casos estão vindo quase em serie e ainda na minha ultima lição tive ensanchas de lhes mostrar um doentinho de *dysplasia periostal*, *dystrophia ossea* interessantissima, que supponho pela primeira vez assignalada na Bahia.

Hoje quero apresentar-lhes uma outra doentinha, recolhida ao nosso serviço clinico e cuja affecção, não tão rara quanto a precedente, é pelo menos pouco commum e não menos interessante.

(*)—Fizemos sobre esse caso duas lições clinicas, de feição nimiamente elementar, por isso que dirigidas a alumnos do 5.º anno, sem conhecimentos de pathologia nervosa. Só da primeira dellas, feita no amphitheatro, pois que a outra o foi na enfermaria, temos apontamentos tomados que não pretendiamos aliás publicar, só agora tendo resolvido fazel-o para acudir com urgencia á falta de material para o presente numero da Gazeta. Ahí a nossa excusa á censura, que por ventura nos possau fazer, de ter deixado incompleto assumpto de tamanha relevancia.

Essa pequena, que nos informa a papeleta ter 6 annos de idade, foi trazida a semana passada, sem o mais ligeiro esclarecimento acerca da sua molestia, de sorte que indo examinal-a vi-me reduzido a um exame puramente objectivo, privado do recurso preciosissimo da anamnese, uma vez que a propria criança nada nos podia adeantar, porquanto não falla ainda, nem mesmo para responder monosyllabicamente ás perguntas que lhe faziamos. A taes perguntas, quaesquer fossem ellas, respondia sempre a pequena com esse sorriso imbecil, que os senhores de certo já lhe notaram na physionomia.

Deante dessa carencia absoluta de informes nem por tal desisti de tentar aproximar-me da diagnose, o que só conseguiria mercê de um exame objectivo minucioso e attento.

Despida a criança chamou-me logo a attenção a attitude em flexão das coxas sobre abdomen e das pernas sobre as coxas, attitude que procurei corrigir notando então uma certa resistencia ligada a um estado espastico dos musculos.

Pondo a doentinha de pé, sustentando-a pelas axillas e convidando-a a andar, notei :

1.º Que ella não se podia manter sozinha nessa posição, pois os pés, em equinismo forçado, apenas tocavam o solo pelas extremidades dos dedos.

2.º Que nessa posição a hyperkinesia, isto é, o exagero do tonus muscular, augmentava a ponto tal que se tornava quase impossivel afastar as côxas uma da outra.

3.º Que a criança não conseguia andar, mas que essa impossibilidade de locomoção dependia, não de uma paralytia, no sentido exacto do termo, dos membros inferiores, pois a menina chegava a mover as pernas tentando avançar um dos pés para a marcha, mas sim da contractura que mantinha acouchegadas as duas côxas, sendo que quando um pé avançando tocava o solo, era bruscamente levantado por um vivo movimento reflexo.

O exame dos reflexos rotulianos demonstrou que elles estavam exagerados, principalmente á esquerda, e o reflexo de Babinski positivo, como de regra nas creanças, era excessivamente vivo.

A exploração da sensibilidade mostrou que ella estava mais ou menos perfeita: a creança não indicava com o dedo, como lhe pediamos, o lugar exacto onde a tocavamos com a ponta de um alfinete, mas levava a mão nessa direcção e accusava, por um movimento de defeza e uma contracção dos musculos do rosto, haver sentido a picada.

Não existiam perturbações esphincterianas, mas informava a enfermeira haver enurésis nocturna habitual.

O exame da columna vertebral feito cuidadosamente para a verificação da existencia possivel de um mal de Pott que explicasse, por compressão medullar, as perturbações motoras da pequenita, foi por completo negativo.

Negativos, tambem, os exames das visceras abdominaes e intra-thoracicas.

A dentição completa e normal.

Os órgãos dos sentidos, pelo menos olhos e ouvidos, também normaes; a notar, entretanto, no que concerne os olhos, um ligeiro grau de estrabismo externo ou pelo menos uma certa obliquidade do olhar para fóra.

Feito esse exame, lembram-se alguns dos senhores que estavam presentes na ocasião, formulei eu a hypothese diagnostica que adeante vou discutir, e recommendei ao interno que requisitasse a exploração electro-diagnostica da doente. Fiquei então a esperar que alguém da familia da pequenita viesse vizital-a e dêsse então os informes necessarios ao esclarecimento mais amplo do caso clinico.

Como, porém, se passou o Domingo sem que viesse alguém vêr a pequenita e como por outro lado todos doentinhos recolhidos ao nosso serviço já foram vistos pelos senhores, mostrados uns por mim, outros pelo Dr. Magalhães, resolvi, com esses dados, assim certamente incompletos, apresentar-lhes esta doentinha, tomando-a para objecto da palestra de hoje, na qual pretendo mostrar-lhes como cheguei ao diagnostico aproximado da syndrome clinica, indicando-lhes como poderão, em um caso á primeira vista embrulhado como este, encontrar o fio da meada, procedendo por exclusão, methodo o mais racional e o mais seguro para chegar a um diagnostico e ao qual me têm sempre visto recorrer quando examino os doentes que á nossa observação se têm apresentado.

Antes de tudo o que chama a attenção nesta doentinha, o elemento capital do conjuncto sympto-

matológico que ella apresenta, é essa perturbação môtora dos membros inferiores, a se impôr, *prima facie*, por uma paraplegia.

Sabem os senhores que essa designação de paraplegia se applica á impotencia funcçional dos dous membros inferiores, ligada a uma lesão interruptora dos trajectos prepostos á conducção centrifuga, motôra portanto.

Sabem mais que essas vias motôras são constituídas por dous neuronios: um *peripherico* comprehendendo as terminações nervosas musculares, os nervos motores e as cellulas dos cornos medulares anteriores e outro *central*, representado pela cellula pyramidal e os feixes pyramidaes.

Sabem finalmente, pois que eu já tive occasião de dizer-lhes ha dias, que essa paraplegia pode apresentar-se em clinica sob dous typos, perfeitamente distinctos e dependentes da localisação da lesão interruptora sobre o neuronio peripherico ou sobre o neuronio central; sobre aquelle assestada a lesão, será a paraplegia *flaccida*, molle, com abolição mais ou menos completa do tonus muscular e diminuição ou abolição do reflexo rotuliano; si interessado o neuronio central, teremos a paraplegia *espastica* na qual os musculos se acham contracturados de sorte a não ser possivel, como na forma precedente, imprimir movimentos passivos aos membros, havendo além disso exagero dos reflexos rotulianos e indo á hyperkinesia muscular até a producção do clonus do pé, da trepidação epileptoide.

O caracter nitidamente espastico de que se reveste

a perturbação motora apresentada pela nossa doente, vem já facilitar a diagnose, restringindo grandemente o campo das hypotheses, por isso que permite de pôr desde logo á margem todas aquellas affecções determinantes de paraplegias, mas nas quaes o disturbio motor reveste o typo flaccido e entre ellas as *polynevrites*, as *myelites transversas* e a *polyomyelite anterior aguda*, ou *paralysis espinhal infantil* ou ainda *molestia de Heine-Medin*, hypothese esta que foi, si me não falha a memoria, lembrada por um dos senhores, no momento em que juntos examinamos esta doentinha na enfermaria, hypothese que eu regeitei desde logo.

Si essas paraplegias flaccidas não merecem pois aqui consideradas, as de typo espastico devem ser passadas em revista na discussão da diagnose differencial, pois que a perturbação motôra da nossa doentinha, constituída antes por accentuada rigeza muscular do que por verdadeira paralysis, simula, entretanto, a enganar, uma paraplegia desse typo.

Antes, porém, cumpre-me dizer-lhes que a hysteria, a nevrose proteiforme que os senhores conhecem e que não muito rara é nas creanças, poderia nos dar um conjuncto symptomatico como esse, com hyperkinesia muscular e mutismo, mas nem só as contracturas da hysteria têm frequentemente o caracter de ser dolorosas, como em tal conjuncto, que deveria traduzir a forma grave dessa nevrose, forma a que se dá o nome de *grande hysteria*, para distinguil-a da *hysteria commum* ou *pequena hysteria*, não deveriam,

em que pese a Babinski, faltar os estygmata histericos, notadamente as perturbações sensitivas consistindo em anesthesias cutaneas regionaes ou generalisadas, anesthesias das mucosas, placas de hyperesthesia, zonas histerogenas, etc., manifestações que aqui faltam por completo.

A' margem posta, portanto, a hypothese da natureza exclusivamente nevrosica da syndrome estudada, cuidemos de ver quaes as lesões organicas que poderiam determinar um tal conjuncto symptomatico.

A *esclerose em placas*, typo morbido raro na infancia, mas não impossivel de se encontrar nessa idade, pode acarretar uma paraplegia de typo espastico como essa. Mas a esclerose em placas além de outros symptomas especiaes que de ordinario a acompanham, traz sempre dous muito constantes: um é o tremor especial, de character intencional e progressivo, isto é, tremor que se manifesta quando o doente quer realizar um movimento e que se vae accentuando á medida que este vae sendo executado; o outro é o *nystagmus*, que consiste em um movimento rythmico de lateralidade dos globos oculares dirigidos incessante e alternadamente para um e para outro lado. Nada disto aqui existe.

A *myelite transversa*, no periodo de estado, acompanha-se de uma esclerose descendente do feixe pyramidal, revestindo então o aspecto espastico, mas nesse caso existem sempre alterações trophicas e perturbações dos esphincteres verical e anal, o que aqui se não observa.

Outra causa frequente de producção de paraplegi

e que deve ser aqui considerada por nós, é a compressão medullar quer se trate de uma gomme syphilitica, quer de um sarcoma, quer finalmente de um mal de Pott, esta ultima, dentre todas as causas de compressão medullar, quasi a unica de verdadeira importancia pratica em clinica infantil, graças á sua frequencia, de tal modo grande que em presença de uma paraplegia espastica o pediatra tem o dever de lembrar-se antes de tudo do mal de Pott e pesquisar-o por um exame attento da columna vertebral.

Esse exame procedemos nós e foi em absoluto negativo. O rachis dessa pequena não apresenta a mais ligeira saliencia que indique uma cyphose em via de formação; não demonstra a mais ligeira diminuição da flexibilidade, prestando-se perfeitamente a todas as manobras a que o impuzemos, o que tem muita importancia para o caso por que os senhores já sabem que a rigidez vertebral, a diminuição da flexibilidade normal do rachis é um symptoma dos mais precoces e dos mais caracteristicos do mal de Pott; finalmente a pesquisa das dores provocadas foi absolutamente negativa, tanto com os methodos de exploração directa, isto é, pressão, percussão e succusão das apophyses espinhosas, uma a uma, como aos methodos indirectos, isto é, á flexão forçada para adeante e á manobra de Angelescu, que consiste, como já tive occasião de dizer aos senhores, em collocar a creança em uma posição tal que o rachis descreve um arco de concavidade posterior, apoiando-se sobre os pés e sobre o occiput, manobra que tem por fim determinar uma tracção, sobre os corpos vertebraes

doentes, por intermedio dos ligamentos inter-vertebraes que soffrem uma forte distensão nessa attitude.

E, com a hypothese do mal de Pott, podemos pôr tambem á margem aquellas outras causas menos communs, de compressão medullar de que eu fallava ha pouco, até porque a compressão da medulla vem sempre acompanhada de phenomenos dolorosos, perturbações sensitivas, esphincterianas, ou trophicas, disturbios que aqui primam pela ausencia.

Para ser completo eu lembrarei ainda a *tetania*, a curiosa affecção descripta magistralmente por Trousseau, e na qual as contracturas se bem que mais frequentes nos membros thoracicos, podem entretanto, assèstar-se nas extremidades inferiores. Mas como quanto a rigeza muscular da nossa doente apresente momentos de menor intensidade, não tem todavia o character de franca intermittencia da tetania na qual, durante os intervallos livres, são caracteristicos o augmento da excitabilidade electro-muscular, o exa-gero da excitabilidade mecanica a ponto de bastar uma percussão forte dos musculos para provocar a contractura e finalmente o phenomeno de Trousseau, que consiste na provocação do estado tetaniforme por influencia da compressão das arterias ou dos troncos nervosos.

E assim regeitadas todas essas hypotheses, ficamos nós reduzidos á unica que aventei ao primeiro exame feito e que mantenho até aqui á falta de melhor: a de *syndrome de Little*. E muito propositalmente

emprego aqui o termo de *syndrome* de Little, e não o de *molestia* de Little, porque a primeira designação tem uma accepção mais vasta, uma latitude maior, que a torna mais facilmente applicavel ao caso, em torno do qual venho discorrendo.

Designa-se sob o nome de *molestia de Little*, um conjuncto symptomatologico descripto por esse illustre medico inglez, sob o nome de *rigidez espasmodica congenita dos membros*, e designada ainda por Pierre Marie sob o nome de *tabes dorsal espasmodica*, por Heine *paraplegia espastica cerebrealis*, por Lebrun *paraplegia espastica congenita*, e finalmente pelo Dr. Raymond sob o nome de *syndrome da tabes espasmodica*, manifestação morbida que alguns auctores consideram como uma simples modalidade das diplegias cerebraes, ao passo que outros a querem uma entidade morbida autonoma, como veremos daqui ha pouco ao discutirmos a natureza da *syndrome* em questão.

Antes disso, porém, cotejemos os symptomas apresentados pela nossa doentinha, com os pertencentes ao quadro morbido magistralmente descripto por Little em 1852 e depois em 1860, afim de vêr si nos assiste o direito de fazer nelle entrar o caso por nós observado.

A nossa doentinha impressiona antes de tudo pela absoluta impossibilidade de caminhar, mas essa incapacidade da marcha não é, como já dissemos, devida a uma *paralysis* exclusiva; a pequena sustentada pelas axillas consegue fazer alguns movimentos e tenta dar

alguns passos, mas não consegue caminhar porque as pernas enrijadas costumam a destacar-se uma da outra e os pés contracturados em equinismo forçado, apenas tocam o solo pela ponta dos dedos.

Nella predominam, portanto, as contracturas, que não são entretanto absolutamente fixas, pois que variam de um para outro momento: assim, desde que esta criança está recolhida á nossa enfermaria, que eu a tenho examinado diariamente e notado que em certas occasiões as contracturas são de tal modo intensas que se torna impossivel imprimir o mais ligeiro movimento aos membros inferiores, ao passo que em outros momentos ha uma certa flaccidez que permite a realisação de alguns movimentos passivos.

Demais disso, os senhores notam bem aqui, a intensidade das contracturas augmenta consideravelmente quando o doente tenta andar, predominando nos adductores e flexores, a ponto tal que se torna quase impossivel separar as duas coxas e estender as pernas,

Ora a *syndrome de Little* consiste em uma rigidez sem paralyisia verdadeira, rigidez congenita e encontrada de preferencia em crianças nascidas prematuramente, dado chronologico este que explicaria a pathogenia das contracturas, mas que não é absolutamente constante, razão por que não hesitei em rotular o nosso caso com o nome de *syndrome de Little*, mesmo na ausencia de dados anamnesicos que permittam de julgar se houve aqui ou não parto prematuro. Mas, veremos, daqui ha pouco, si tem mesmo valor essa noção do nascimento antes de

termo na etiologia da manifestação morbida que serve de assumpto a esta palestra.

Dizia eu que nella predominavam as contracturas, de ordinario congenitas, mas devo dizer-lhes que apesar dessa origem datar da vida intra-uterina, taes contracturas podem passar despercebidas á familia, nos primeiros tempos que se seguem ao nascimento, só vindo a ser notadas, muitas vezes, quando a criança chega a idade de caminhar. E lhes faço notar isso porque si nos vierem dizer mais tarde que a rigeza muscular da nossa doentinha só se manifestou algum tempo depois do nascimento, tal informe não terá força para invalidar o nosso diagnostico, uma vêz que ella poderia muito bem ter sido congenita e passado despercebida durante um certo tempo.

As contracturas são na syndrome de Little com frequencia de forma quadriplegica, predominando, porém, sempre nos membros inferiores cujo grau de espasticidade é de ordinario muito maior que o dos membros superiores.

Assim extensas as contracturas aos quatro membros, a attitude do doente é especial, comparando-a Freud ao meo ver sem muita propriedade, a de uma pessoa em oração: os braços apertados contra o tronco, os antebraços semiflexionados e em ligeira pronação, as mãos abertas, as coxas fortemente apertadas uma contra a outra, as pernas flexionadas sobre as coxas, e os pés em equinismo forçado tocando o solo pela ponta dos dedos.

As contracturas podem mesmo invadir os musculos da face, que por vezes tomados pelo espasmo de um

modo generalizado e symetrico, immobilisam os traços physionomicos, dando ao doentinho uma expressão que pode fazer crêr em perturbações intellectuaes mais profundas do que realmente existem, erro que convém evitado.

Outras vezes o compromettimento dos musculos faciaes se faz de modo assymetrico, irregular, resultando dahi a producção de caretas variadas. Mas o que ha de mais constante na facies dos pequeninos doentes de Little é o estrabismo, que Freud considera aliáz mais frequente na forma paraplegica, de que dentre em pouco lhes fallarei, do que nessa forma generalisada, o que está de accordo com a observação de Rosenthal, citado por Simon, no tratado de Comby-Grancher, que encontrou 4 casos de estrabismo em 12 doentes de paraplegia espasmodica, enquanto vio apenas um em 12 doentes de rigidez generalisada.

Esse estrabismo seria, no dizer de alguns, a consequencia, de contracturas assymetricas dos musculos motores do globo ocular, ao passo que outros, invocando a frequencia da hypermetropia como factor etiologico do estrabismo commum, querem ver nesse vicio de refracção a causa do estrabismo da syndrome de Little, opinião que nos parece mais plausivel attendendo a que, si estivesse o desvio estrabico ligado á contractura dos musculos oculares, deveria ser mais frequente na forma generalisada da syndrome, o que como vimos não acontece. A nossa doentinha tem, e eu já lhes fiz notar, um ligeiro estrabismo externo ou pelo menos uma tendencia á obliquidade do olhar para a esquerda.

Na nossa paciente não têm as contracturas esse caracter de diffusão que lhes estou assignalando como frequente na syndrome de Little, onde ellas podem ser a ponto tal generalisadas que até, ás vezes, interessam os musculos do pharynge embarçando a deglutição e os do larynge acarretando disturbios da phonação e da respiração. Aqui são ellas exclusivamente limitadas aos membros inferiores e de intensidade não constante, o que não prejudica a diagnóse feita.

A localisação da rigidez aos membros inferiores não afasta a hypothese aqui discutida: 1.º porque ha da syndrome de Little uma forma paraplegica descripta por todos os auctores e pelo proprio Little assignalada. 2.º porque um dos caracteres especiaes das contracturas de Little é a sua tendencia á melhora progressiva, melhora que se faz sentir de cima para baixo, isto é, começando a rigeza por abandonar os musculos da face e dos membros superiores, só muito mais tarde attingindo a melhora, quando attinge, os membros inferiores, não sendo portanto impossivel que a nossa doentinha cuja historia progressa não conhecemos, tivesse a principio contracturas generalisadas, mas que foram a pouco e pouco cedendo até ficarem apenas acantoadas nas extremidades pelvicas.

Tambem não invalida a hypothese o facto de ser aqui um pouco variavel o gran de intensidade da contractura, pois que isso com frequencia é observado na syndrome de Little, descrevendo até Simon formas

frustas nas quaes as contracturas são francamente transitorias, passageiras, desaparecendo de todo por momentos, para reaparecerem sob a influencia dos movimentos voluntarios ou das emoções, em particular do susto, sendo então um bom meio de provocal-as agarrar bruscamente a creança e pôl-a de pé.

O andar é tardio na rigidez congenita de Little, havendo creanças que aos 5, 6 ou 8 annos de idade não caminham ainda e, quando vêm a fazel-o, a marcha se realiza com um balancear particular do corpo, lembrando a marcha do pato em consequencia do movimento reflexo que se produz toda a vêz que um dos pés toca o solo. Aqui a nossa doentinha não anda ainda, apesar dos seus 6 annos de idade e quando mantida pelas axillas tenta fazel-o, o pé ao tocar o solo é immediatamente levantado por um brusco phenomeno reflexo, como os senhores observaram já.

Na syndrome de Little os reflexos são exaggerados, havendo o phenomeno do pé. A nossa doentinha tem os reflexos extremamente vivos, não sendo entretanto possivel provocar o clonus do pé, por causa da difficuldade de vencer o equinismo.

Na syndrome de Little não existem de ordinario perturbações sensitivas e as perturbações trophicas são extremamente raras e muito contestaveis. No nosso caso tambem, nem umas nem outras existem.

Faltam, ainda, no cortejo symptomatico descripto pelo illustre medico inglez, as perturbações esphincterianas, que são tambem ausentes na nossa doentinha. Esta tem, porém, énuresis nocturna, que é

frequente no quadro de Little, correndo por conta não de alterações da função esphincteriana e sim do atrazo do desenvolvimento cerebral. E essa quase parada da evolução psychica existe evidente na nossa doente, trahindo-se por esse aspecto de imbecilidade da facies e pela ausencia completa da linguagem articulada.

Resta saber si taes perturbações intellectuaes pertencem ao cortejo syndromico de Little, o que se pode responder pela affirmativa. Já a ellas se referira o proprio Little na sua descripção, admittindo que podiam variar desde um simples retardamento pouco accentuado das faculdades psychicas, até uma idiotia profunda. Simon, ao lado das formas *puras* observadas em creanças prematuras e das formas *frustas*, de que já fallei, descreve outras *complexas*, caracterisadas entre outras complicações pelas de ordem psychica. Os que consideram, como adeante veremos, a syndrome de Little uma forma de diplegia cerebral, sentem-se bem á vontade para fazer-lhe entrar no quadro nem só as complicações intellectuaes, como as de ordem convulsiva e choréo-athetosicas. Aquelles, porém, que teimam em manter a distincção entre a molestia de Little e as diplegias cerebraes, descrevem duas formas da molestia: a paraplegica em que os phenomenos são puramente espinhaes e a generalisada, rotulada com o nome de typo Little-Brissand ou *estados tabeto-espasmodicos* de Pierre Marie, na qual as perturbações psychicas podem existir, isoladas ou associadas ás convulsões e á choréo-athetose.

Vêm, pois, os senhores que os symptommas apre-

sentados pela nossa doentinha são todos elles pertencentes ao quadro clinico da syndrome de Little e que nos assiste pleno direito de fazer tal diagnostico. Mas preferimos empregar aqui o termo mais elastico de *syndrome* de Little porque alguns auctores fazem questão para o diagnostico da *molestia* de Little, da etiologia assignalada pelo grande medico inglez, isto é, o nascimento antes de termo ou o parto laborioso, o que aqui não sabemos existir por quanto não conhecemos os antecedentes do caso.

Mas terá essa noção etiologica tanta importancia quanta se lhe quer emprestar? Tudo depende da concepção que se faça sobre a natureza da affecção. Com relação a tal concepção dividem-se as opiniões em duas escolas: a unicista e a dualista.

Os partidarios da escola unicista, com Cestan e Hutinel, consideram a molestia de Little como uma simples modalidade das *diplegias cerebraes*, designação essa que se applica, como os senhores devem saber, ás perturbações motoras que interessam ao mesmo tempo as duas metades do corpo consistindo em associações de contracturas e paralyrias e ligadas a lesões bilateraes do cortex cerebral, nos pontos correspondentes aos centros funcçionaes motores ou das vias cortico-motoras desses centros emanadas.

Para lhes tornar mais comprehensíveis os typos que podem revestir essas diplegias cerebraes eu me servirei da classificação de Hutinel, demasiada schematica talvez, como elle proprio o confessa, mas que tem a vantagem de ser bastante clara. Elle começa relem-

brando que os centros motores dos membros estão situados na casca do cerebro, em torno do sulco de Rolando e na seguinte ordem: na parte inferior desse sulco o *centro do movimento dos musculos da face*; na parte media das circumvoluções perirolandicas o *centro dos movimentos dos membros superiores*; na parte mais alta o *dos membros inferiores*.

Conforme a lesão bilateral interessa a parte inferior, média ou superior da casca perirolandica, teremos perturbações motoras situadas nos musculos da face, dos membros superiores ou dos inferiores. Quando a lesão attinge a parte inferior das circumvoluções perirolandicas produzirá a *paralysis pseudo-bulbar*, assim chamada porque ella semelha ás perturbações paralyticas ligadas ás lesões do bulbo, perturbações interessando os musculos da face, dos labios e da lingua.

Si a lesão é na parte media do sulco de Rolando resultará della a *hemiplegia dupla* de character espastico, predominando nos membros superiores e caracterizada pela symetria, frequencia de convulsões, de movimentos choréo-athetosicos e de perturbações intellectuaes, sem tendencia á melhora progressiva.

Si finalmente a lesão se assesta nos pontos mais altos das circumvoluções perirolandicas, teremos a *molestia de Little*, caracterizada pela rigidez espastica, congenita, predominante nos membros inferiores, sem convulsões, sem movimentos choréo-athetosicos, sem perturbações intellectuaes e com uma tendencia notavel á melhora progressiva. Entre estas três formas

typicas se encontrariam todos os estados intermedios, dependendo da maior ou menor extensão da lesão e assim se explicariam as formas complexas da molestia de Little, que seriam intermediarias entre as formas puras e a hemiplegia dupla. Essa é a concepção dos unicistas, tal como a apresenta Hutinel.

Convem, entretanto, notado que hoje se admite, graças ao trabalhos de Grünebaum e Scherigton, que a séde dos centros cortico-motores e portanto das origens do feixe pyramidal reside exclusivamente na circumvolução frontal ascendente de sorte que tudo quanto ahi affirma Hutinel, de referencia ás circumvoluções perirolandicas, se deve actualmente entender como applicado exclusivamente á frontal ascendente.

Os partidarios da escola dualista, chefiada por P. Marie, Brissaud e Van Gehuchten, consideram ao contrario a molestia de Little como inteiramente distincta das diplegias cerebraes, contituindo-a em entidade morbida autonoma e individualisada do ponto de vista clinico pela contractura congenita de tendencia regressiva, do ponto de vista etiologico pela noção do nascimento antes de termo e do ponto de vista anatomo-pathologico pela agenesia do feixe pyramidal. E elles se agarram tanto mais a essa doutrina, quanto nesse facto do nascimento antes de termo, com effeito muito frequente na historia da molestia de Little, facto que já havia impressinado o auctor inglez, encontram elles cabal explicação para o que Oddo chama a *triade spasmodica*: augmento do tonus muscular, contractura e exagero dos re-

flexos. Para elles tudo isso se explicaria pela agenesia, pela parada do desenvolvimento do feixe pyramidal, resultante do nascimento antes de termo. De facto o feixe pyramidal, que estabelece a ligação entre o cortex cerebral e a medulla, é uma das ultimas partes do systema nervoso a completar a sua formação, só estando inteiramente desenvolvido nos ultimos dias do 9.º mez da vida intra-uterina. No fim do 7.º mez as fibrãs desse feixe chegam apenas ao nivel do bulbo e é no curso de 8.º e do 9.º mez que ellas vão avançando nos cordões anterolateraes, só chegando ao intumescimento lombar da medulla no fim do 9.º mez, de sorte que si a creança nasce antes dessa epoca terá o feixe pyramidal incompleto e tanto mais quanto mais prematuro tiver sido o nascimento. Depois de nascida a creança o feixe pyramidal continuará a se desenvolver até attingir a região lombar da medulla, mas fará isso de uma maneira extremamente lenta, muito mais lenta do que se faria no interior do utero, porque, na phrase de Brissaud que defende arduosamente essa theoria, a creança nascida antes de termo perde bruscamente «os seus privilegios de feto, carece dessa superactividade trophica que é propria da vida fetal» resultando dahi que em vez de 3 ou 4 semanas que seriam necessarias para o feixe pyramidal terminar a sua evolução completa, serão necessarios dous, trez ou mais annos. E por essa dupla noção do estado incompleto do feixe pyramidal no momento do nascimento nas creanças prematuras e a sua formação lenta e gradual nos mezes que se seguem ao nasci-

mento, explicam os partidarios da ideia dualista, os elementos primordiales da syndrome; a existencia da contractura congenita e a tendencia ao desaparecimento progressivo dessa contractura, desaparecimento que será completo quando o feixe pyramidal estiver completamente formado. Como essa formação se vai dando de cima para baixo, dahi resulta que as suas fibras attingem em primeiro lugar a região cervical da medulla e só muito mais tarde a região lombar e assim estaria explicado tambem como a regressão das contracturas se dá sempre de cima para baixo, sendo a rigidez dos membros inferiores a ultima a desaparecer.

Mas porque a falta de feixe pyramidal acarreta a paraplegia espastica? Aqui duas hypotheses intentam explicar o phenomeno.

Uma dellas é a aventada por Van Gehuchten. Para este auctor o cortex cerebral exerceria sobre a medulla duas acções excitadora e phrenadora-conduzidas cada uma dellas por trajectos differentes. A primeira, isto é, a acção excitadora, que tenderia a exagerar o poder reflexo medullar e o tonus muscular, seguiria uma via indirecta que elle chama *cortico-ponto-cerebello-medullar*, formada por trez neuronios extendidos um da cortex ao ponto, o segundo deste ao cerebello e o terceiro do cerebello á medulla. A acção phrenadora seria conduzida por um trajecto directo, *cortico-medullar*, representado pelo feixe pyramidal. Nestas condições, quando o feixe pyramidal fosse destruido ou invadido por um processo de esclerose como acontece secundariamente nas hemiplebias, ou

não se tivesse ainda formado, como nas creanças nascidas prematuramente, a acção phrenadora cerebral seria supressa e o cortex só exerceria sobre a medulla a poder excitador, resultando desse desequilibrio a contractura. Essa hypothese é, porém, passivel de duas objecções, de ordem clinica uma, de ordem anatomica a outra. A objecção de ordem clinica reside na existencia por vezes de contracturas em certas affecções que se acompanham de extensas lesões destruidoras do cortex, como a porencephalia, o que se não comprehenderia si a origem das contracturas residisse no cortex como o suppõe Van Gehuchten. O argumento de ordem anatomica consiste em que a existencia dessas fibras excito-motoras, si bem que admittida por histologistas da ordem de Golgi, não tem sido verificada por outros, sendo muito para duvidar da sua realidade.

Por isso a outra hypothese, que se deve a Pierre Marie, tem mais visos de verdade; segundo ella a origem das contracturas estaria, não no cortex, cuja acção sobre a medulla seria simplesmente phrenadora e não excito-motora, mas sim na propria medulla, isto é, nas cellulas medullares dos cornos anteriores, que P. Marie compara a uma machina constantemente sob pressão, machina cujo freio seria o feixe pyramidal. Este exerceria sobre os cornos medullares anteriores uma acção analoga á do pneumogastico sobre o coração: interrompida a continuidade deste nervo por secção experimental ou alteração morbida, os batimentos cardíacos se aceleram; interrompido o feixe pyramidal por lesão destruidora ou por agenesia, produzir-se-iam as contracturas.

Seductora como vêm esta hypothese e perfeita-
mente, acceitavel mas insufficiente para sustentaculo
da doutrina dualista, contra a qual pesam fortes
argumentos, dos quaes baste-me destacar dous dos
mais decisivos: 1.º Que a agenesia do feixe pyramidal
está ainda a carecer de cabal demonstracão anatomica,
porquanto as lesões até hoje encontradas nesse feixe
á autopsia de creanças que apresentavam os elementos
caracteristicos da syndrome discutida, são todas ellas
de character degenerativo, esclerosas e acompanhadas
sempre de lesões cerebraes, estas por vezes limitadas
a simples alteraçõs histologicas, mas sempre cons-
tantes. 2.º Que o nascimento prematuro, comquanto
de grande frequencia na etiologia da syndrome em
questão, não é de absoluta constancia, tanto assim
que o proprio Little já assignalava outros factores
etiologicos, entre os quaes o parto laborioso e o
nascimento asphyxico, que no dizer d'elle daria as
formas generalisadas da affecção, ao passo que o
nascimento prematuro daria as formas paraplegicas.

E feita essa muito ligeira digressão em torna da
pathogenia, com o intuito unico de lhes mostrar que
a noção do parto prematuro não é indispensavel
para a diagnose que aqui fazemos de syndrome de
Little, que deve antes ser tida como uma diplegia
cerebral, discutiremos em proxima conferencia o
prognostico e o tratamento da nossa doentinha.

Exame chimico das aguas potaveis

Pelo Dr. João Ponde'

Algumas palavras sobre as emergencias da cidade da Bahia

«conclusão»

Grau hydrotimetrico. — O grau de dureza oscila, entre nós, de 4° a 30°. Das aguas puras, ao limite da sua potabilidade. Devemos dizer, porém, que nesse limite — 30° — uma agua é potavel considerada em abstracto, porque, destoando muito da média regional, accresce que, as que examinamos com os maiores graus, (abaixo de tal limite), eram impuras.

Decorre disto que nos devemos prevenir sempre contra esse aumento aqui, onde as camadas liquidas não assentam sobre rochas calcareas.

Nos exames feitos, a dureza elevada coincidiu sempre com o excesso de chloro nos logares centraes, não acontecendo o mesmo nos exames feitos nas vizinhanças do littoral, onde o excesso dessa substancia não implica num elevado grau hydrotimetrico.

Ao contrario, a 4° graus, por exemplo, correspondia, ás vezes, muito chloro.

Isto faz pensar que o excesso desses dois elementos da analyse estão ligados á mesma origem nos logares centraes.

Em resumo:

Das nossas fontes, primitivamente puras, grande numero são hoje suspeitas.

Comtudo ainda se encontram boas, longe do alcance dos focos de contaminação.

Esses, existindo profusamente na area urbana, é justamente ali que as aguas são mais suspeitas.

Mesmo que a analyse chimica não seja muito positiva, devemos ser mais exigentes com essas ultimas, em virtude das multiplas causas de poluição, e attendendo ás seguintes considerações de Dienert: "Numa corrente subterranea de grande producção, as infiltrações das fossas e dos esterquilineos não se manifestam á analyse chimica, como por exemplo em Guinand, no departamento do Aube" (*D. Hydrologie Agricole*).

Já num dos capitulos passados falamos tambem da ausencia do chloro em casos de contaminação de fontes de grande fornecimento. Esses factos mostram, a par das difficuldades de decidir em casos desta ordem, a preocupação que deve ter o hygienista em seus trabalhos, multiplicando os seus recursos e meios de pesquisa.

Portanto e terminando, as nossas melhores aguas se encontram fóra da cidade, na zona abrigada pelo regimen florestal.

Em outros tempos, quando nos pontos acima das linhas das fontes não havia habitações em profusão nem culturas, e as florestas tinham o seu dominio secular, as aguas deviam ser excellentes. Hoje seria um grande progresso podermos reconstituir essas florestas no fastigio das eminencias, e fim de, no seu abrigo, defendermos os mananciaes que alimentam.

"A arvore é o primeiro dos hygienistas, diz Onésime Reclus. Entre as suas funcções, tem a de sanear o solo, onde se levanta.

Vive de todos os elementos que dissocia, que tira á terra ou que os animaes e o homem tem depositado ao alcance de suas raizes.

E a arvore faz a pureza das aguas e tambem a sua abundancia."

ANALYSE N. 1

FONTE NA FREGUEZIA DE BROTAS

(*Água do centro habitado*)

Caractères physicos. — Crystallina, sem côr, sem cheiro, sem sabor.

Guardada por muitos dias, não muda de aspecto nem tem cheiro algum.

Exame químico:

Grau hydrotimetrico total	10°
Grau hydrotimetrico permanente.....	3°
Avaliação da materia organica:	grs.
Em oxygeno—solução acida	0,00138
Em oxygeno—solução alcalina	0,00136
Saes ammoniacaes.....	0
Nitritos	0
Nitratos	0
Chloro.....	0,015
Chloreto de sodio.....	0,0354
Acido sulfurico.....	0,0115
Acido phosphorico.....	0
Residuo a 180°	0,125
Residuo de calcinação.....	0,118
Silica	0,015

Cal—em CaO.....	0,030
Magnesia—em MgO.....	0,003
Grau alcalimetrico	6°

ANALYSE N. 2

FONTE NA FREGUESIA DE BROTAS

(Flora do centro urbano)

Caractères physicos. — Crystallina, sem côr, sem cheiro, sem sabor.

Guardada por muitos dias, não muda de aspecto nem tem cheiro algum.

Exame chimico:

Grau hydrotimetrico total	4°
Grau hydrotimetrico permanente.....	1°
Avaliação da materia organica:	grs.
Em oxygeneo—solução acida.....	0,00082
Em oxygeneo—solução alcalina.....	0,00082
Saes ammoniacaes.....	0
Nitritos.....	0
Nitratos.....	0
Chloro.....	0,01295
Chloreto de sodio.....	0,02106
Acido sulfurico.....	Vestigios
Acido phosphorico.....	0
Residuo a 180°.....	0,095
Residuo de calcinação.....	0,085
Silica.....	0,011

Cal--em CaO.....	0,003
Magnesia--em MgO.....	0,0015
Grau alcalimetrico.....	1° 4

ANALYSE N. 3

FONTE NO FLANCO DA LADEIRA DO PAIVA, FRE-
GUEZIA DE S. ANTONIO

(*Fóra do centro habitado*)

Caractères physicos — Crystallina, sem côr, sem cheiro, sem sabor.

Guardada, no fim de 20 dias, mudou de aspecto, apresentando leves focos brancos no fundo do vaso e cheiro sulphydrico.

Exame chimico:

Grau hydrotimetrico total.....	15°
Grau hydrotimetrico permanenté.....	7°
Avaliação da materia organica:.....	grs.
Em oxygeno--solução acida.....	0,0026
Em oxygeno--solução alcalina.....	0,003
Saes ammoniacaes.....	Vestigios
Nitritos.....	0,00012
Nitratos.....	0,004
Chloro.....	0,032
Chlorêtos.....	0,0526
Acido sulfurico.....	0,020
Acido phosphorico.....	<i>Tenues vestigios</i>
Residuo a 180°.....	0 125

Residuo de calcinação	0,104
Silica	0,019
Cal—em CaO.....	0,036
Magnesia—em MgO	0,006
Grau alcalimetrico	8

(Nas proximidades da fonte ha uma lavadaria)

ANALYSE N. 4

FONTE NA RUA DO BOM GOSTO—Calçada — FREGUEZIA
DOS MARES

(*Dentro de uma roça sem fossas na vizinhança nem estabulos nem focos de impurezas*)

Caracteres physicos—Crystallina, sem côr, sem cheiro, sem sabor.

Guardada por muitos dias, não muda de aspecto nem tem cheiro algum.

Exame chimico:

Grau hydrotimetrico total.....	10 ^o
Grau hydrotimetrico permanente.....	4 ^o
Avaliação da materia organica:	grs.
Em oxygeneo—solução acida.....	0,002
Em oxygeneo—solução alcalina.....	0,0015
Saes ammoniacaes	0
Nitritos	0
Nitratos	0
Chloro	0,0213
Chlorêto de sodio	0,0351

Acido sulfurico	vestigios
Acido phosphorico	0
Residuo a 180°	0,150
Residuo de calcinação	0,126
Grau alcalimetrico	6°

ANALYSE N. 5

FONTE DO GRAVATÁ—BAIXA DA RUA DOS ZUAVOS,
FREGUESIA DE S. ANNA

(*Dentro do centro populoso*)

Caracteres physicos. — Crystalina, sem côr, sem cheiro, sem sabor.

Guardada por muitos dias, muda de aspecto, e toma cheiro sulphydrico.

Exams chymico:

Grau hydrotimetrico total	27°
Grau hydrotimetrico permanente	20°
Grau temporario	17°
Grau hydrotimetrico em presenca do oxalato de ammonium	18°
Grau hydrotimetrico depois da fervura e do oxalato de ammonium	10°
Avaliação da materia organica:	grs.
Em oxygeneo—solução acida	0,0022
Em oxygeneo—solução alcalina	0,0028
Saes ammoniacas	Presença
Nitritos	0,00015

Nitratos	0,0005
Chloro	0,1278
Chlorêto de sódio.....	0,2106
Acido sulfurico.....	0,045
Acido phosphorico.....	Presença
Residuo a 180°.....	0,250
Residuo de calcinação.....	0,215
Silica	0,020
Cal—em CaO.....	0,032
Magnesia—MgO	0,018

ANALYSE N. 6

3 POÇOS NA ESTRADA 2 DE JULHO—CAMINHO DO
RIO VERMELHO

(*Nas vizinhanças da Villa America e proximos um
do outro*)

1

Caracteres physicos.— Limpida, sem cor, sem cheiro,
sem sabor.

Exame chimico:

Grau hydrotimetrico total.....	14°
Grau hydrotimetrico permanente.....	8°
Avaliação da materia organica:	grs.
Em oxygeneo—solução acida.....	0,011
Em oxygeneo—solução alcalina.....	0,013
Saes ammoniacaes.....	Presença

Nitritos	0,00002
Nitratos	0,0045
Chloro	0,0426
Chloreto de sodio.....	0,0702
Acido sulfurico.....	Bastante
Acido phosphorico	Vestigios

2

Caracteres physicos.—Limpida, sem côr, sem cheiro, sem sabor.

Exame químico:

Grau hydrotimetrico total.....	12°
Grau hydrotimetrico permanente.....	6°
Avaliação da materia organica:	grs.
Em oxygeneo—solução acida.....	0,0165
Em oxygeneo—solução alcalina.....	0,0168
Saes ammoniacas	0
Nitritos.....	0
Nitratos	0,0045
Chloro.....	0,060
Chlorêto de sodio.....	0,0988
Acido sulfurico.....	Presença
Acido phosphorico	Vestigios

3

Caracteres physicos.—Limpida, sem côr, sem cheiro, sem sabor.

Exame químico:

Grau hydrotimetrico total.....	10°
--------------------------------	-----

Grau hydrotimétrico permanente.....	4 ^o
Avaliação da materia organica:.....	grs.
Em oxygeneo—solução acida.....	0,0170
Em oxygeneo—solução alcalina.....	0,0165
Saes ammoniacaes.....	0
Nitritos.....	Vestigios
Nitratos.....	0
Chloro.....	0,060
Chlorêto de sodio.....	0,0988

ASSOCIAÇÕES MEDICAS

SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAIS

SESSÃO DE 13 DE DEZEMBRO

O Dr. Octavio Torres faz a communição de um segundo caso de actinomycoze observado entre nós.

Depois de algumas considerações sobre a molestia e a sua raridade entre nós, diz que o anno passado, quando observou um caso e escreveu uma monographia sobre o assumpto, pensara aliáz reservadamente que o seu caso fosse o segundo observado, no Brazil, pois percorrera na occasião todas as revistas e jornaes medicos da Bibliotheca da Faculdade, não tendo encontrado nenhum outro caso, porém depois soubera por citação ter havido mais duas observações.

O primeiro caso observado no paiz foi bem estu-

da por Pedro Severiano de Magalhães e Oscar Bulhões, os dous seguintes por Zeferino do Amaral e Jorge Franco, o quarto pelo orador o anno passado (1913) e o quinto caso por um distincto clinico desta Capital e pelo orador.

Refere que a actinomyose é mais frequente do que parece, mas que o diagnostico da molestia só é feito, no principio, quando o clinico está de espirito prevenido. Depois destas considerações passa a ler a sua bem cuidada observação.

X. sexo masculino, pertencente á mais alta sociedade soffria de desarranjos intestinaes, sendo antes destes incommodos forte, gordo e sadio. Ha mais de um anno formou-se um abcesso na parede anterior do abdomen, na altura do cecum. Os palliativos empregados não produziram effeito e sobrevindo uma reacção inflammatoria acompanhada de febre, foi-se obrigado a abrir com uma larga incisão o abcesso, que deu sahida a grande quantidade de pus. Nesta occasião nada se observou no pus e attribuiu-se a fetidez deste a proximidade em que o fóco se achava do grosso intestino.

Os symptomas geraes cederam, o paciente levantou-se e entregou-se aos misteres da sua profissão. O abcesso não fechou completamente, tendo havido accumulção de pus, seguida de elevação thermica, o que obrigou a abrir novamente o abcesso, que deu sahida a pequena quantidade de pus. Este factu reproduziu-se diversas vezes, o que obrigou o doente a emprender uma viagem para um trata-

mento mais serio procurando um illustre cirurgião do Paiz. Este, antes de qualquer intervenção, procurou fazer o diagnostico excluindo a syphilis e a tuberculose, acreditou por exclusão tratar-se de uma affecção mycosica, embora todas as provas feitas neste sentido tivessem ficado negativas. Fez injecção de iodo no foco que pareceu cicatrizar-se, mas pouco depois começou a apparecer novos focos na visinhança do primitivo tendo sido applicado o mesmo tratamento.

Os focos secundarios localisaram-se nas regiões hypogastrica, iliaca, e inguino-crural direita, no escroto, na base do penis, no flanco esquerdo e finalmente no perineu. Estes focos communicavam-se por meio de trajectos fistulosos. O numero de abcessos, de pequenos focos era enorme, sendo avaliado em mais de 50 os que foram abertos.

O doente esvaia-se em pus, que era amarello e abundante. O diagnostico que no principio não tinha sido feito, foi depois determinado pelo exame microscopico do pus. Com o pus eram eliminadas pequenissimas grauulações, amarello—claras, friaveis, nas quaes o exame microscopico, após coloração dos esfregaços, especialmente com os methodos de Gram ou Claudius, revelava a existencia de filamentos mycelianos, mais ou menos longos, ramificados identicos aos do *actinomyces*. Os resultados negativos das tentativas de cultura do micro-parasita nos meios apropriados, impediram de precisar a especie. O que difficultou obter-se culturas foi justamente

o pequeno tamanho das granulações e os micróbios do pus. O tratamento consistiu no emprego dos ioduretos internamente, até 4 grs. diários, não tendo sido tolerada doses mais altas, tónicos, reconstituintes etc. Localmente foram feitas lavagens com agua iodo-iodetada, embrocações de tintura de iodo, outros antisepticos nitrato de prata, sulfato de cobre, gomenol, etc. Houve um começo de invasão do aparelho respiratorio tendo se encontrado o actinomyces nos escarros. O estado geral do paciente foi peorando até cair em cachexia terminando em agonia lenta e demorada após um anno e meio de molestia. Depois de ler a sua observação o orador faz considerações sobre a etiología deste caso, que é bastante obscura e termina acreditando que se tenha dado a penetração do parasita pelo tubo digestivo.

O Dr. Aristides Maltez apresenta a observação de um caso fatal de shock operatorio na clinica Gynecologica. Tratava-se de uma doente em estado de gravidade e que só por insistencia sua foi operada. O Dr. A. Maltez faz uma analyse ligeira no attinente aos exames objectivo e subjectivo da doente e trata do assumpto de maxima importancia no caso — a anesthesia — que foi difficil, sendo a doente anestesiada com uma mistura de chloroformio e ether. A anesthesia durou 1 hora e 50". Continuando fala o Dr. Maltez sobre as eventualidades da operação que foi muito trabalhosa e demorada não obstante a pericia

dos Drs. J. Adeodato e J. Martins. O orador afirma que o caso é um caso typico de shock operatorio e procura proval-o, estendendo-se então com cuidado sobre as causas que podem simular o shock, taes como a hemorrhagia secundaria, a sepsia, a embolia pulmonar. Falando sobre as mulheres nervosas diz que estas muitas vezes trazem ao cirurgião momentos de angustia e que o operador precisa ser prudente para não se inquietar com certos signaes que tem duração ephemera, como um pulso de 160, 180, uma temperatura de 39 e 39, 5, calafrios, etc; para no entanto aproveitar-se de pequenos signaes que lhe podem dar grande proveito para cuidar cedo de sua doente. Allude á difficuldade de ás vezes firmar-se o diagnostico em taes casos e ao tratamento do shock, distinguindo um tratamento intenso, activo o outro moderado por duas medicações unicas a atropina e o oleo canforado.

Vaccinotherapie da ozena.—O Dr. Eduardo de Moraes traz ao conhecimento da Sociedade o resultado de suas observações sobre o emprego da vaccinotherapie nos casos de ozena.

Tendo tido occasião de acompanhar em Vienna os estudos de Gastão Hoffer e Karl Kofler relativos a especificidade do germem descripto pelo Dr. Fernando Perez de Buenos Ayres, desde 1899, como o responsavel pela producção da ozena, bem como o preparo da vaccina realisado pelos dois observadores com as

diversas diluições do cocco-bacillo fetido da ozena, conseguiu auxiliado na parte referente ao laboratorio pelo seu collega Dr. Agrippino Barboza, cultivar o germem isolado e preparar tambem a vaccina.

Applicou-a em quatro doentes da sua clinica hospitalar e no momento faz applicação em dois doentes da clinica particular, tendo verificado os bons effectos da medicação, sobretudo no que diz respeito ao mão cheiro caracteristico exhalado pelos pacientes.

Não conseguiu em nenhum dos seus casos fazel-o desaparecer completamente, mas notaveis foram as melhoras, coincidindo esse facto com a perfeita tolerancia dos pacientes mesmo quando injectados pelas diluições mais concentradas (500 milhões por cc).

Pensa que numa molestia contra a qual tem sido empregados os meios therapeuticos mais diversos sem resultados apreciaveis, devem os especialistas recorrer ao uso da vaccinotherapia, cujos effectos tendem ao mesmo tempo a provar a especificidade do germem. Cita em apoio as theorias de Perez sobre o contagio facil da molestia, algumas observações pessoais e tambem diz ter tido a oportunidade de encontrar nas fossas nasaes de um cão existente em casa de duas ozenosas, o cocco-bacillo de Perez. É sabido que este notavel especialista acredita na origem canina da molestia e tambem na existencia do germem nas fossas nasaes do cão como seu hospede habitual.

O Dr. Fernando Luz apresenta um doente operado por si de elephantiase do penis acompanhada de

estreitamento infranqueavel da urethra, complicado de corpo fibroso e fistulas escrotaes.

Chama attenção primeiramente para a maneira de se manifestar a elephantiase, pois a pelle em vez de ser dura e rugosa, era pelo contrario lisa e molle. As dimensões eram grandes, medindo em comprimento 22 centimetros e em grossura 6 centimetros. A parte mais desenvolvida era a do prepucio. Para a base do penis havia um limite franco entre a elephantiase e a pelle sã. O doente não urinava mais pelo meato urethral, havia 8 mezes, sabindo a urina, á custa de grandes esforços, pelos orificios das fistulas, situadas do lado direito do escroto, cercadas por um espesso corpo fibroso. Nos seus antecedentes apresenta syphilis (cancro syphilitico ha 5 annos), e mifestações de eczema para a face, rheumatismo, diversas blenorragias no tempo de rapaz, tendo como consequencia estreitamento da urethra, duas vezes operado pela urethrotomia interna.

Anesthesia por via rachidiana por meio da stovaina (5 centigrammas), incisão ao longo da face dorsal do penis até chegar ao tecido cellular subcutaneo; descorticação do penis.

Tentativa de passagem de vellas conductoras pelo meato urethral, sem conseguir fazel-as atravessar o estreitamento. Resecção do corpo fibroso com as fistulas; nesta resecção houve necessidade de seccionar o corpo fibroso muito profundamente, de modo que parece ter havido lesão de paredes da urethra. Tentativa de urethrotomia externa, sem se descobrir a

direcção da urethra, embora usando do subterfugio, aconselhado pelo auctor em casos de urethrotomia externa e nos quaes se empregou a anesthesia pela stovaina, por via rachidiana, que é mandar o doente urinar e por oude merejar ou mesmo esguichar a urina procurar introduzir vella conductora ou incisar com o canivete.

Depois de muitas tentativas, resolve o autor fazer a talha hypogastrica para proceder ao catheterismo retrogrado. Já tendo passado o periodo de anesthesia pela stovaina, resolve mandar dar o chloroformio ao doente, o que é feito. Talha hypogastrica; abertura pequena da bexiga; passagem do catheter de Guyon para catheterismo retrogrado; descoberta da urethra no perinêu; manobras para guiar a vella conductora introduzida pelo meato urethral; urethrotomia interna pelo urethrotomo de Maisonneuve; passagem de uma sonda de urethrotomia n.º 16; sutura da bexiga e da parede abdominal segundo a technica commum; sutura dos bordos da incisão perinêo-escrotal.

Por occasião de passar a sonda de permanencia, observou o A. que a sonda não era revestida pela urethra em todas as suas paredes e que na porção perineal ella ficara a descoberto, mas como a operação já estava muito demorada (1 hora e 40 minutos) e A. está acostumado a ver a urethra se refazer desde que fique parte de suas paredes, resolveu terminar a operação, passando o penso, deixando a bexiga drenada continuamente.

Esperava grande shock operatorio, devido á de-

mora na operação, cerca de 2 horas, e ao estado de anemia e fraqueza em que estava o doente pela infecção urinaria.

No outro dia, porém encontra o doente calmo e risonho, sem parecer que fizera tão grande operação.

Pensa, baseado na theoria de Crile, que a anes-thesia rachidiana concorreu para diminuir o shock. As sequencias operatorias foram as melhores, pois no fim de 14 dias, retirava a sonda de permanencia e o doente uriuava perfeitamente pelo seu meato urethral.

Aproveita o ensejo para communicar que tem empregado, com algum resultado, a Salvvarsantherapia em casos de elephantiasis. O primeiro caso em que viu applicar foi em um doente, entrado em Agosto de 1912, com elephantiasis do penis e do escroto, no qual o Prof. Pacheco Mendes, seu mestre e chefe na occasião, resolveu praticar este tratamento para experiencia. O doente apenas tomou 2 injeccões e como melhorou um pouco resolveu retirar-se, não sendo mais visto.

Apresenta mais tres casos de elephantiasis do penis e escroto e de adeno-lymphocele, nos quaes o resultado foi satisfactorio, e um de elephantiasis das pernas, com melhoras.

Termina aconselhando esta therapeutica nos casos de manifestações da filaria, pois se resultado directo não se obtenha pela morte dos parasitos, pelo menos a medicação arsenical será de effeito salutar sobre a anemia que acompanha todos os doentes atacados por esta molestia.

Placenta previa central. — O Dr. Canna Brasil fala a respeito do oito casos fataes de placenta previa central occorridos na Maternidade "Climerio de Oliveira". Dizendo que talvez de pouca importancia a sua communicação ao menos tem aquella de ser uma noticia a molde de estatistica. Faz um ligeiro resumo dos seus casos dizendo que as mulheres a que elles se referem eram de 28 a 38 annos, sendo que quatro dellas de menos de 30.

De accordo com o que escrevem os tratadistas, diz que os seus casos se referem todos a grandes multiparas, notando-se apenas uma cuja mulher estava na primeira gestação; 5 destas mulheres tinham hemorragias que datavam de dois mezes, nas 3 outras a hemorragia se manifestara com o trabalho; 4 estavam a termo, 2 no 8.º e 2 no 7.º mez de gravidez; 7 fetos em apresentação do vertice e 1 em espadua. Em todas ellas o parto foi feito por perfuração das membranas através do tecido placentario, versão podalica e manobra de Mauriceau sobre a cabeça ultima (Methodo de Braxton-Hicks).

Alguns parteiros, ~~di~~ condemnam esse methodo de parto rapido, pelos perigos que corre o feto; em verdade, continúa, o seu problematico sacrificio muito pouco deve pesar, porquanto não são pequenas as condições de desenergia vital com que accarreta, pelo estado de anemia em que de ordinario já se encontra.

O secundamento, salvante um caso apenas, foi sempre artificial. Quanto a ruptura do utero, tão commum na inserção baixa da placenta (Barnes), em nenhum destes casos foi observada, como tambem em nenhum dos outros em que, não sendo central sua inserção, as doentes todas escaparam.