

GAZETA MEDICA DA BAHIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Volume XLVI

MAIO 1915

Numero 11

BUBÃO CLIMATICO

Pelo Dr. Fernando Luz

Assistente e Livre Docente de Clinica
Cirurgica na Faculdade de
Medicina da Bahia
Medico do Hospital Portuguez

O bubão climatico, tambem chamado ganglio idiopathico, *ingua de frio*, em linguagem vulgar, é uma molestia propria dos climas tropicaes, caracterisada pela inflamação de um ou mais ganglios inguinaes. acompanhada de dôr, febre e emagrecimento, cuja causa ainda está desconhecida.

Ruge foi quem primeiro chamou a attenção para esta molestia, em 1896, referindo casos de bubões inguinaes, sem que as causas communs destes bubões existissem.

Scheübe, em 1899, (Arch. für klinische Medicine, vol. LXIV) tambem descreveu a mesma molestia.

Recentemente, muitos observadores, como Rüffer, Luzatti, Vanzetti, Rost, Nattan Larier, Letulle e outros, fizeram investigações sobre a natureza desta molestia.

A sua distribuição geographica é grande, abrangendo principalmente os paizes situados nos tropicos, tendo se observado alguns casos em paizes temperados. Onde ella existe mais communmente é na

costa oriental da Africa, nas Indias Occidentaes e na China.

Le Dantec encontrou casos em Tonkin, Madagascar, Low e Castellani em Uganda, Luzatti diz ser commum no Chile, e nós temos observado casos diversos na Bahía, augmentando assim com mais esta molestia o quadro da nosologia tropical.

Nas zonas temperadas é mais rara, no entanto, Scheübe observou muitos casos no Japão, Gabbi na Sicilia e Rost em outras cidades do Mediterraneo.

Alguns consideram a molestia como epidemica e de natureza infecciosa, e, assim, trataram de procurar o agente etiologico da molestia, não estando, porém, até hoje provado qual seja elle.

Ferraro encontrou e isolou, em alguns casos, um bacillo muito semelhante ao bacillo da peste. Hewlett isolou dos ganglios affectados um bacillo, não decolorado pelo Gram, portanto com os caracteres do primeiro bacillo da peste, descripto por Kitasato.

Low e Castellani não conseguiram isolar germen algum que pudesse ser responsavel pela molestia.

Martin, Suger, Le Suerer e Fleurant consideram o bubão climatico como uma manifestação da malaria.

Rost pensa que seja o agente etiologico de origem genital, vivendo o germen na mucosa vaginal das mulheres nativas, o que é corroborado pelas nossas observações, pois a localisação na região inguinal e a frequencia nos adultos, de 16 a 30 annos, justamente, quando a vida sexual está mais activa e as causas de contaminação mais facéis, isso justificam.

Canttie considera o bubão climatico como uma forma attenuada da peste, opinião que é secundada

por Luzatti que pensa ser elle uma manifestação de parapeste.

Black pensa ser produzido por uma picada de insecto.

Castellani e Chalmers são de opinião ser o bubão climatico uma molestia *per se* e não uma forma de peste bubonica.

A molestia é *commum* em marinheiros, de 16 a 20 annos, tendo nós observado o maior numero de casos em estrangeiros, ainda não aclimados, nunca tendo visto em negros, nem em mulheres.

As modificações pathologicas soffridas pelos ganglios atacados são: espessamento de sua capsula; abundante formação de tecido intersticial; grande proliferação de lymphocytos; focos esparsos de hemorrhagias; numerosos *plasmzellen*; ausencia completa de cellulas retracteis de Recklinghausen, o contrario do que se dá na peste bubonica.

Parece haver um periodo de incubação, caracterizado por máo estar, inappetencia, ligeira cephalalgia, vindo em seguida o de invasão, representado pelo apparecimento de uma ou mais adenites dolorosas acompanhadas de febre, de emagrecimento e de fraqueza geral.

As adenites podem estar de um só lado ou de ambos sendo quasi sempre inguinaes e, raramente, cruraes.

A adenite começa do volume de um ovo de pomba, augmentando, em seguida, até chegar ao de um ovo de gallinha, sendo, ás vezes, maior que um ovo de perúa.

A principio é solta da pelle, porém, depois, torna-se

adherente a ella, a sua base augmenta e apresenta-se dura.

A pelle que no começo, conserva a coloração normal, vae ficando vermelha, em seguida escura e edematosa.

A adenite é dolorosa não só pela palpação, como também espontaneamente a ponto de prohibir a marcha ao doente, quando desenvolvida, apresenta uma pseudo-fluctuação, que faz sempre acreditar na existencia de pús collectado.

Com estes symptomas locaes, manifestam-se outros geraes, caracterizados por inappetencia, cephalalgia, ás vezes forte, principalmente á noite, perda de forças, pallidez, emagrecimento grande e febre.

Este ultimo symptoma é o mais importante.

A febre reveste, no começo o typo intermittente com pequena elevação vesperal ($37,^{\circ} 8$), mas, com o evoluir da molestia, torna-se remittente, podendo chegar a $39,^{\circ} 5$ e mesmo $40,^{\circ} 0$.

As exacerbações são sempre vesperaes.

A febre dura de 2 a 6 semanas, desaparecendo aos poucos, como começara.

Não ha delirio, nem outros phenomenos nervosos, tendo nós observado em um doente insomnia.

Com o desaparecimento da febre, reaparece o appetite, as forças vão chegando, o estado geral melhorando e as adenites diminuindo de volume, até desaparecerem por completo, sendo que, algumas vezes, isso não se dá e os ganglios continuam ligeiramente augmentados de volume.

Raramente as adenites suppuram francamente,

sendo que, nos casos, em que a abertura é feita, se encontra serosidade sanguinolenta.

O exame do sangue revela ligeira leucocytose.

O pulso conserva-se normal.

Os outros órgãos nada soffrem nas suas funcções.

O diagnostico é facil, principalmente quando não existe concumitadamente molestia venerea.

No entanto pode ser confundido com o bubão venereo, com o bubão syphilitico, com a lympho-adenite filariana, com adenites agudas secundarias e com o bubão pestoso.

A differenciação com o bubão venereo é feita, primeiramente, pela existencia de um ou mais caneros venereos; depois pela marcha, que no bubão venereo é mais aguda, tendendo á suppuração, caracterizada pela fluctuação franca, molleza da adenite, dando sabida ao pús formado, quando fôr aberta, o contrario do que se dá no bubão climatico.

Os bubões syphiliticos são duros, multiplos, soltos rolando sob a pelle, raramente se inflammando e suppurando.

A lympho-adenite filariana acompanha-se, desde o começo, de febre alta e lymphangites.

As adenites agudas secundarias têm a causa nas extremidades dos membros inferiores e percebe-se o rasto lymphatico do ponto de penetração do germen até o ganglio affectado.

O bubão pestoso é mais doloroso, a febre é mais elevada, o pulso é muito frequente e os phenomenos geraes dramatizam logo o caso, dando-lhe uma feição propria.

Mas, nos casos de peste benigna, ambulatoria, duvidas podem existir, e só o exame bacteriologico

da serosidade extrahida pela punção do ganglio, poderá estabelecer o diagnostico.

Nas cidades onde a peste grassa endemicamente como entre nós, ainda maior deve ser o cuidado no diagnostico, para que não se dê como pestoso um individuo atacado de um bubão climatico e vice-versa.

O prognostico é bom, pois nunca a morte foi o epilogo da molestia, mas, no entanto, o doente pode se enfraquecer muito, levando mezes para completo restabelecimento.

Alguns casos de recidiva têm sido observados.

O tratamento consiste no repouso no leito, applicações de cataplasmas quentes *in loco*, e de unguentos belladonados para acalmar as dôres.

Alguns aconselham o tratamento cirurgico, no começo, por meio da extirpação do ganglio, o que raramente é aceito pelos doentes.

A incisão deve ser feita quando houver signal claro de suppuração, não se devendo tomar por fluctuação a pseudo-fluctuação devida ao edema da pelle.

Ao par desse tratamento deve se aconselhar os tonicos e boa alimentação: leite, mingãos, ovos, sopas, etc.

Temos tirado bons resultados, em alguns dos nossos casos, com o emprego das injecções alternadas de Nuclearsitol e Iodone injectavel Robin.

Começamos com as ampoulas de Iodone, dosadas a 2 centigrammas por centimetro cubico, e, depois da primeira serie de 10, passamos ás dosadas de 4 centigrammas.

Com este tratamento temos conseguido o desappa-

recimento mais rapido da febre, a volta do appetite e a cura da adenite, sem ser necessario abril-a.

Assim provam as observações resumidas que aqui passamos a descrever.

OBSERVAÇÃO I

J. S. M.; com 19 annos de idade, branco, solteiro, natural de Portugal, empregado no commercio, residindo na Bahia, desde 3 annos, entrou para o Hospital Portuguez no 26 de Abril de 1913.

Contou-nos que, seguramente, havia 5 dias, sentia-se doente, com falta de appetite, canção, parecendo-lhe ter febre á tarde, pois tinha muita sêde; dois dias depois, apresentou-se-lhe um ganglio inguinal esquerdo, doloroso, principalmente quando andava, e que tinha augmentado de volume pouco a pouco, impossibilitando-o de trabalhar, pelo que procurou o hospital.

Não tinha antecedentes venereos nem syphiliticos.

Pelo exame, encontramos um volumoso ganglio inguinal esquerdo, inflammado, endurecido e doloroso á pressão.

Apresentava á hora da visita, 16 horas, a temperatura axillar de 38.^o4, pulso de 82. De nada mais se queixava; a não ser de ligeira cephaléa, de falta de appetite e de fraqueza geral.

Os pulmões eram bons, sendo que o direito era mais fraco do que o esquerdo.

Os outros orgãos normaes, assim como a urina.

Aconselhamos repouso e applicação de cataplasmas quentes de farinha sobre o ganglio, dando interna-

mente vinho iodo-tannico phosphatado e alimentação ligeira e forte.

A febre continuou no outro dia, havendo pela manhã uma ligeira remissão (37,°4), subindo, porém, á tarde e 39,°0.

Assim conservou-se por muitos dias.

O ganglio inflammado continuou a augmentar, apresentando uma base larga e endurecida, fixo á pelle, que tornou-se vermelha e edemaciada.

Dez dias depois, o estado geral era peor, o appetite nullo, o emagrecimento pronunciado, a febre continuando remittente, com o maximo de 39,°2, cephalalgia, e a adenite apresentando uma falsa fluctuação, que nos levou a tentar a abertura, para evacuar o pús nelle collectado.

Feita a asepsia da parte, no dia 8 de Maio, praticamos uma pequena incisão para observar a sahida do pús. o que não se deu, apparecendo sómente um pouco de serosidade com o sangue.

Passamos o penso oclusivo, introduzindo pela pequena botoeira, feita pelo canivete uma mecha fina de gaze iodoformada.

Continuamos a mudar o penso todos os dias, até que no decimo dia, sahindo muito pouco de serosidade, retiramos a mócha deixando cicatrizar o orificio.

A febre foi diminuindo pouco a pouco, até que de remittente que era, tornou-se intermittente com pequena elevação vespéral (37,°6).

No dia 24 de Maio a febre desapareceu, coincidindo a volta do appetite, a melhora do estado geral,

continuando, no entanto, o ganglio augmentado de volume.

Applicámos injecções subcutaneas de cacodylato de sodio e o doente teve alta a 15 de Julho de 1913, embarcando logo para Europa, sem que tenhamos tido mais noticias suas.

II

A. F. R., com 20 annos de idade, branco, natural de Portugal, empregado no commercio, residindo na Bahia, havia 14 mezes, entrou para o Hospital Portuguez no dia 1.^o de Maio de 1913, apresentando uma adenite inguinal direita.

Contou-nos que, havia alguns dias, vinha se sentindo mal, com dôres pelo corpo, falta de appetite, e logo depois notou o apparecimento de um tumor do lado direito, que tornou-se logo doloroso, impossibilitando-o de trabalhar, sendo que, á tarde, sentia-se esquentado e bebia muita agua.

Não tinha antecedentes venereos, nem syphiliticos.

Tinha gozado saúde até aquella data sendo a primeira vez que ficava doente na Bahia.

A primeira vez que o vimos, foi em sua residencia, á Rua da Calçada, tendo sido chamados, para examinar-lhe e dar entrada para o hospital, o que nos fez vacillar, por pensarmos na hypothese de peste bubonica.

Mas, a temperatura não muito elevada 38^o6, a falta de acceleração do pulso (84), a ausencia de phenomenos geraes graves, fizeram com que afastassemos essa idéa.

No hospital applicamos a cuataplasmie Langlebert *in loco*, prescrevemos repouso e vinho iodo-tannico e ampoulas de caccodylate para injeccões.

O ganglio augmentou pouco a pouco de volume, a pelle tornou-se vermelha, parecendo á palpação haver fluctuação, denotando suppuração, o que era corroborado pela febre de typo remitente, mantendo-se a 39,6 á tarde, com remissão pela manhã (37,8).

No dia 12 de Maio fizemos a incisão da adenite, sahindo um pouco de serosidade com sangue escuro.

Collocamos uma mecha de gaze iodoformada e passamos o penso oclusivo.

Todos os dias era o penso mudado por estar sujo pela serosidade.

A febre foi pouco a pouco declinando, até que, a 26 de Maio, já não existia.

O appetite reapareceu, o estado geral melhorou, a adenite diminuiu de volume, suppuraudo ligeiramente com tendencia á cicatrisação, tendo tido alta o doente a 31 de Julho de 1913, forte e corado, como era dantes.

III

M. M. B. P., branco, solteiro, com 21 annos de idade, natural de Portugal, empregado no commercio, residindo na Bahia, havia 4 annos, entrou para o Hospital Portuguez no dia 23 de Agosto de 1913.

No dia 14 de Agosto apresentou-se em nosso consultorio, queixando-se de fraqueza, dôres de cabeça, canção e de uma adenite inguinal esquerda, que lhe impossibilitava de andar.

Examinando-o, não encontramos lesão em orgão

algun, a não ser uma certa dificuldade em respirar pelo nariz devido a um desvio do septo nasal. Tinha como antecedentes, uma gonorrhéa, havia 2 annos, curada completamente.

Nada de syphilis nem de molestia venerea.

A temperatura axillar era de 37°6.

Apresentava uma adenite inguinal esquerda, dolorosa á pressão, do volume de um ovo de pomba, sem haver ainda adherencia á pelle.

Receitamos-lhe Iodogenol Pépin, repouso, applicações quentes.

No dia 21 de Agosto volta de novo ao consultorio, para que lhe dessemos entrada para o hospital Portu-guez, pois não podia trabalhar.

Já a adenite estava do volume de um ovo de gallinha, dura, com a base larga, pelle vermelha e edemaciada, temperatura axillar de 38°8, pulso 86, emagrecimento grande e côr pallida.

Mandamos applicar cataplasmas quentes *in loco*, e usar Iodogenol e ampoulas de cacodylato de sodio.

A temperatura foi a 39°6 com remissão pela manhã, a 38°6 e 38,2; as dôres augmentaram, a pelle tornou-se vermelha e pela palpação percebia-se uma certa fluctuação, denotando suppuração.

Continuou-se no mesmo tratamento, até que no dia 6 de Setembro de 1913, procuramos abrir a adenite para dar sahida do pús collectado, que era em diminuta quantidade.

Collocamos um penso oclusivo, deixando uma mecha de gaze iodoformada.

O penso no outro dia estava sujo de serosidade com sangue, pelo que foi mudado.

A febre manteve-se, embora, declinando pouco a pouco, até o dia 28 de Setembro.

O estado geral foi melhorando, o appetite voltando, o ganglio diminuindo de volume, continuando, no entanto, a deitar serosidade, só podendo ter alta o doente, a 14 de Novembro de 1913, já completamente curado.

IV

J. de S., com 20 annos de idade, branco, solteiro, natural de Portugal, empregado no commercio, residindo no Brazil desde 1910, entrou no Hospital Portuguez a 16 de Setembro de 1913.

Queixava-se de que, havia alguns dias, sentia-se fraco, com falta de appetite, sentindo febre á tarde, apparecendo-lhe pouco depois uma adenite inguinal do lado direito, dolorosa á marcha e á pressão, que augmentava cada mez mais de volume.

Era individuo de compleição franzina, sem antecedentes syphiliticos nem venereos.

Nada de anormal apresentava para osapparelhos circulatorio, respiratorio, nem perturbações para o aparelho gastro intestinal.

A' inspecção notavasse uma adenite inguinal direita, do volume de um ovo de gallinha, de base endurecida e apresentando pseudo-fluctuação á palpação.

Temperatura axillar á tarde 38,⁰/₄, com remissão de 1 gráo e ás vezes menos pela manhã.

Tratamento: repouso, ouataplasmc Langlebert sobre a adenite, injeccões diarias alternadas de Iodone Robin e Nuclearsitol.

Nos dias subsequentes a adenite augmentou de volume, a pelle tornou-se vermelha, edemaciada e adherente ao tumor.

Não quizemos abrir a adenite e persistimos nas injeções de Iodone e Nuclearsitol Robin.

O estado geral foi melhorando com a volta do appetite, a febre foi declinando, tendo o seu auge em 37°,6; os phenomenos locais cederam e o doente pode ter alta, completamente curado, sem vestigio de ganglio, a 25 de Outubro de 1914.

Cumpre lembrar que a febre durou 28 dias.

V

C. L..., branco, solteiro, com 24 annos de idade, empregado no commercio, natural da Allemanha, residindo na Bahia, ha 5 annos, procurou-nos no consultorio por estar se sentindo fraco, cansado, com cephalalgia á tarde, falta de appetite e com um ganglio engorgitado na região inguinal esquerda, no dia 10 de Fevereiro de 1914.

Não havia antecedentes syphiliticos, somente teve uma gonorrhéa e alguns cancos venereos, havia 6 mezes, curados completamente.

Aconselhamos repouso no leito, ouatoplasme Langlebert e injeções do Iodone e Nuclearsitol Robin; o doente, porém, não quiz sujeitar-se ao tratamento por não poder abandonar o emprego que tinha, de modo que lhe receitamos Iodogenol e um pouco de pomada mercurial para passar no ganglio.

No dia 17, porém, o doente não pode mais tra-

balhar, devido ás dôres da adenite e á temperatura, que subia á tarde a 39° , 2.

Fomos chamados para vê-lo em casa e começamos então o tratamento aconselhado anteriormente.

Nesta occasião, a temperatura á tarde era de 39° , 6 e pela manhã havia uma pequena remissão (38° 4); o ganglio tinha augmentado de volume (ovo de perúa), estava fixo, doloroso á pressão, e a pelle que o cobria era um pouco avermelhada.

Havia uma pseudo-fluctuação, que, ás mais das vezes, é sentida, mas, com a observação dos outros casos, não quizemos abril-a.

A temperatura manteve-se em 39° , 0 e 39° , 5 até o dia 8 de Março, quando, enfim começou a declinar, melhorando o estado geral, voltando o appetite.

No dia 15 de Março a temperatura tornou-se normal, até que a 30 de Março ponde o nosso observado sahir e começar a trabalhar.

Não ficou vestigio da adenite.

VI

F... de M... S..., branco, solteiro, com 23 annos de idade, empregado no commercio, natural de Portugal, residindo na Bahia havia 15 mezes, mandou nos chamar para lhe prestarmos os nossos serviços profissionaes no dia 25 de Fevereiro de 1915.

Contou-nos que, desde o dia 5 de Fevereiro, vinha se sentindo doente, com falta de appetite, cephalalgia, febre ligeira e apresentando uma adenite inguinal esquerda.

Esta adenite era dolorosa á pressão e durante a marcha, estando do volume de um ovo de gallinha.

No dia 18 não poudo mais se occupar de seu trabalho porque a adenite augmentara de volume consideravelmente, a febre subira, sentia-se muito fraco por não se alimentar quasi nada.

Usara como medicação: purgativos e embrocações com tintura de iodo.

No dia 25 de Fevereiro o vimos pela primeira vez.

Examinando-o detidamente nada encontramos de anormal para os apparatus circulatorio ou digestivo

Nenhum antecedente syphilitico, nem venereo.

Apresentava uma adenite inguinal esquerda, volumosa, dura, com a pelle adherente, dolorosa á pressão, tendo a temperatura axillar de 38°, 6 com 86 pulsações.

Immediatamente instituimos o tratamento pelo repouso no leito, ouataplásme Langlebert, injeções do Iodone e Nuclearsitol Robin.

A temperatura continuou elevada, com ligeira remissão pela manhã, o appetite foi reaparecendo, a adenite paralysoo o seu desenvolvimento e não apresentou fluctuação.

No dia 10 de Março de 1914 foi removido para o Hospital Portuguez, já melhorado, apresentando temperatura de 37°, 3 á tarde, com remissão franca pela manhã e com a adenite muito diminuida de volume.

O estado geral tambem continuou a melhorar com a volta de appetite, a febre cedeu no dia 24 de Março e o doente poudo ter alta, curado, no dia 10 de Abril de 1914, tendo no entanto, vestigio da adenite.

VII

J... de C... N..., branco, solteiro, com 17 annos de idade, natural de Portugal residindo na Bahia, havia 6 mezes, apresentou-se em nosso consultorio no dia 5 de Abril de 1914, queixando-se de cephalalgia, dôres pelo corpo, alquebramento de forças, falta de appetite e febre.

Examinamos osapparelhos circulatorio e respiratorio, nada encontrando de anormal.

O apparelho digestivo tambem nada apresentava, queixando-se, no entanto, o doente de não deffecar desde 3 dias.

A temperatura axillar era de 38°, 2 e o pulso batia 78 vezes por minuto.

Receitamos-lhe oleo de ricino, uma poção desinfec-tante e repouso no leito.

No outro dia fomos vêr o doente e tivemos a noticia de que a febre baixara a 37° 4, indo, porém, á tarde a 39°, 0.

Continuamos com a mesma medicação, mandando fazer lavagens intestinaes.

Só no sexto dia de molestia, o doente queixou-se de uma adenite inguinal esquerda que lhe estava incom-modando.

Inquirimos então dos seus antecedentes venereos e syphiliticos, dizendo não ter tido até aquella data molestia alguma, mesmo porque, só na Bahia, veio a ter relações sexuaes.

Pela palpação sentimos uma adenite inguinal es-querda, do volume de um ovo de gallinha, de base endurecida, apresentando edema peri-ganglionar, que dava uma sensação de pseudo-fluctuação.

A temperatura era de 39°, 2 á tarde, havendo uma remissão pela manhã a 38,° 0.

Aconselhámos applicação de ouataplasme Langlet e injeccões de Iodone e Nuclearsitol Robin.

Com mais alguns dias a adenite augmentou de volume, a pelle tornou-se adherente ao ganglio, edemaciada e arroxçada.

A temperatura manteve-se no mesmo até o dia 22 de Abril, quando começou a declinar, tomando o typo intermittente, até que no dia 29 desapparecia por completo.

No dia 5 de Maio a adenite amolleceu e um foco com fluctuação franca formou-se, pelo que resolvemos abri-la, dando sahida a pequena quantidade de pús seroso de mistura com sangue escuro.

O curativo continuou a ser feito todos os dias, tendo alta o doente, completamente curado, no dia 26 de Maio de 1914.

Não resta vestigio de ganglio inflammado, somente a cicatrizada incisão.

VIII

A. L., branco, solteiro, com 24 annos de idade, natural da Bahia, negociante, apresentou-se em nosso consultorio no dia 5 de Junho de 1914, queixando-se de que, desde o dia 26 de Maio p. p., começou a se sentir doente, com falta de appetite, fraqueza geral, apparecendo-lhe posteriormente um ganglio inguinal esquerdo, doloroso á pressão e durante a marcha.

Não sabia se tinha febre, pois nunca collocara thermometro, mas sentia os labios seccos e tinha muita sêde, principalmente á noite.

Tinha como antecedentes venereos: uma blenorria em 1912, curada completamente. Nada de syphilis ou de outras molestias venereas.

A temperatura axillar era de 37,°8 e o pulso 74.

Recomendamos-lhe repouso no leito e receitamos ampoulas de Iodone e Nuclearsitol Robin, com applicação de ouataplasmé Langlebert sobre a adenite.

O doente não se sujeitou ao repouso, pois os seus affazeres não o permittiam, vindo então [tomar] as injeções no consultorio.

A febre, com o typo intermittente, durou cerca de um mez, vindo a adenite a suppurar e levando cerca de 2 mezes para completa cicatrização.

Este doente abateu-se extraordinariamente, a ponto de necessitar retirar-se para o sertão para convalescer, vindo de lá gordo e forte, apresentando ainda, "vestigio" da adenite.

I X

D. A. R., branco, solteiro, com 28 annos de idade natural de Portugal, residindo na Bahia, havia 6 annos, apresentou-se em nosso consultorio para ter entrada no Hospital Portuguez a 31 de Maio de 1914, queixando-se de que, desde uns 15 dias, vinha se sentindo doente, com falta de appetite, fraqueza geral, cephalalgia, e trez dias depois appareceu-lhe uma adenite inguinal esquerda, dolorosa á pressão e á palpação, apresentando febre.

O estado geral era bom, individuo de compleição robusta, gordo, nada apresentava de anormal para osapparelhos respiratorio, circulatorio e digestivo.

Como antecedentes venereos teve uma blenorragia e de syphilis nada.

A adenite inguinal ja estava desenvolvida, com base endurecida, a pelle edemaciada, adherente e vermelha escura.

Instituímos o mesmo tratamento: repouso, ouataplasme de Langlebert, injeções alternadas de Iodone e Nuclearsitol Robin.

A febre tem seu maximo em 39°, 2, tendo ligeira remissão peia manhã.

O doente queixou-se durante alguns dias de cephaléa frontal agudissima.

O exame da urina foi feito e nada revelou de anormal.

A febre ainda persistiu até o dia 16 de Junho, quando começou a declinar, até chegar ao normal, com pequena elevação vesperal, (37°, 4).

A adenite conservou-se durante algum tempo estacionaria, indo depois em regressão, até que no dia 9 de Julho, teve alta o doente, ainda com o ganglio um pouco infarctado:

X

B.... R...., branco, solteiro, com 20 annos de idade, natural de Pernambuco, contou-nos que tendo tido, no dia 10 de Setembro de 1914, relações sexuaes com uma mulher suspeita, veio a sentir logo no dia 13 um *infarctus* ganglionar, assestado principalmente sobre um ganglio inguinal direito, que tornou-se doloroso á pressão e impossibilitava-o de caminhar.

Nada tinha tido, até aquella data, de syphilis ou de molestia venerea.

No 4.º dia notou a existencia de cinco pequenas ulcerações na glândea e prepúcio, parecendo-lhe canchros venereos, que foram tratados com lavagens, cauterisações e pós seccativos, cicatrizando em poucos dias.

A adenite continuou a augmentar de volume, parecendo-lhe, nesta occasião, ter febre.

Foi quando vinol-o pela primeira vez, observando uma adenite inguinal direita, endurecida e adherente.

Receitamos-lhe ouataplasmã de Langlebort e injeções de Iodone e Nuclearsitol Robin.

A temperatura axillar era de 37,6 e o pulso normal.

O doente que antes era gordo e corado, estava magro e pallido, cansando ao menor esforço. Tem ligeira alteração febril durante alguns dias, o ganglio começou a diminuir de volume, o appetite desapareceu e o estado geral melhorou.

Um dos ganglios veio a suppurar, tres mezes depois, já em Pernambuco, levando alguns dias para cicatrizar. Hoje o doente acha-se completamente curado, com vestigio de ganglios inguinaes.

Nota:—Estas observações serviram de motivo para uma communicação á Sociedade Medica dos Hospitales da Bahia, em sessão realisada a 9 de Maio de 1915. Desde 1913 vinhamos observando bubões inguinaes sem causa apparente, de modo que a nossa curiosidade era chamada para estes bubões, sem que podessemos identificál-os com as suas variedades mais conhecidas.

Recebendo ultimamente a obra de Medicina Tropical de Castellani e Chalmers, deparamos com a descripção do bubão climatico, cujos symptomas são os observados em nossos doentes, pelo que não tergiversamos em rotular estes bubões aqui observados nesta variedade, identificando assim mais esta

Considerações sobre a tensão ocular normal no nosso clima

Pelo DR. CESARIO DE ANDRADE

Professor de clinica ophthalmologica da Faculdade de Medicina da Bahia.

□ Como assumpto de alta relevancia no dominio da clinica ophthalmologica, sob o ponto de vista da diagnose de certas affecções oculares, resalta o conhecimento da *tensão intra-ocular* pela variabilidade que tal symptoma apresenta, em individuos normaes, segundo as influencias intrinsecas e extrinsecas da idade, raça, clima, alimentação, etc.

É foi por isso que, á carencia absoluta de observações, que entre nós precisassem os limites maximo e minimo da *tensão intra-ocular* normal, procuramos colher os dados estatisticos que nos permittiram formar um criterio a seguir nas questões que se prendem ao phenomeno da *hypertensão ocular*, e cujos resultados já publicamos, em livro de pequena edição

molestia tropical entre nós. Na mesma sessão diversos clinicos se manifestaram, dizendo ter observado a mesma molestia, sem que, no entanto, assim tivessem diagnosticado.

Pesquisamos em dois doentes a natureza da serosidade do bubão, sem encontrar germen especial.

Com o conhecimento completo desta molestia, agora, poderemos, observando mais casos novos, fazer um estudo mais completo sobre o ponto de vista etio-pathogenico, procurando assim esclarecer a etiologia da molestia, que ainda está em duvida.

destinado a um concurso, e que por isso mesmo não teve a divulgação necessaria.

De facto, no que toca ao conhecimento exacto dos limites maximo e minimo da tensão ocular, na ausencia de qualquer estado pathologico, larga amplitude de opiniões existe, de maneira a difficultar, por vezes, as deducções clinicas, quando se tratam de verificar certos estados hypotensivos e hypertensivos, abeirando-se dos limites normaes, sobretudo, no que concerne á limitação maxima.

Considerada, por Schioetz, normal, a pressão comprehendida entre os extremos de 12 a 27 millimetros, é, ao contrario, regeitada por muitos autores, entre os quaes Stock, que admittem o maximo de 26 millimetros para o limite da normal.

Seria enfadonho enumerar as divergentes opiniões sobre o assumpto, todas ellas fundadas em estatisticas valiosas; opiniões que se entre-chocam a cada instante, numa controversia interminavel, e que são levadas, falsamente, á conta dos erros de technica.

Um meio, porém, se encontra de conciliar estas divergencias se attendermos que a multiphicidade de influencias, sobretudo de ordem extrinseca, alteram profundamente as condições de observação; induzindo, por isso mesmo, á necessidade de dados locais a servirem de criterio clinico.

Sob esta maneira de ver, pensamos dispensaveis de qualquer interesse para nós as largas discussões que, na Europa, têm por objecto o saber se, a *tensão intra-ocular* de 27 a 30 millimetros deve de ser considerada normal, quando é certo que, observações

pessoas verificadas em cem individuos perfeitamente normaes, nos trouxeram a convicção de que, em nosso clima, tal limite de 27 a 30 m/m, deve de ser considerado evidentemente pathologico, uma vez que o limite maximo, por nós observado, está aquem destes algarismos.

Effectivamente, dos dados que podemos colher naquelle numero, aliás regular, de cem observações, resultou que em um só individuo, a tensão attingiu a 26 millimetros.

Por outro lado, no que se refere a tensão minima, uma só vez verificamos a pressão de 13 millimetros.

Dividindo os numeros encontrados em tres ordens: uma de 13 a 15 millimetros; outra, de 15,5 a 21 m. m; e a ultima, de 21, 5 a 26 m. m; achamos a seguinte proporção: 11%, 70% e 19% respectivamente para cada ordem.

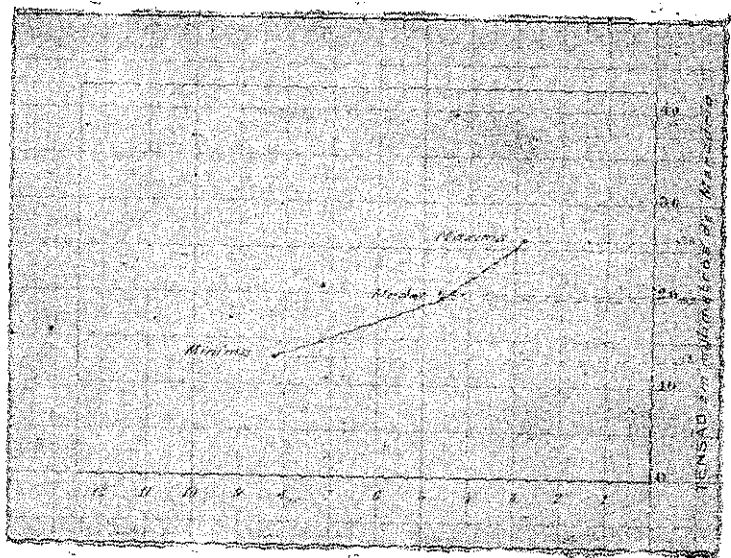
Dos dados obtidos, temos em conclusão, que a frequencia maxima da *tensão ocular* normal, na Bahia, está comprehendida entre 15, 5 e 21 millimetros.

A curva tonometrica apresenta uma amplitude de 13 a 26 millimetros, sendo, portanto, 19, 5 a média existente entre os dois numeros extremos, minimo e maximo da tensão.

Das nossas observações resultam pois, noções aproveitaveis, sob o ponto de vista clinico, notadamente, no diagnostico das affecções glaucomatosas, conhecidos os limites maximo e minimo da normal, em nosso

NOTA—Nas nossas observações utilisamo-nos do tonometro de *Schiotz*.

clima, em que a tensão de 27 a 30 millímetros, considerada como limite máximo da normal na Europa, deve ser, ao nosso vêr, tida como pathologica, em consequencia provavelmente das multiplas influencias de clima, alimentação, etc, sobre o individuo.



Curva tonométrica normal na Bahia.

Como reconhecer si a irrigação sanguínea persistirá em um membro após ligadura de sua arteria principal.

Pelo **Dr. R. JATAS** (*)

Trata-se de uma noção extremamente importante, cujo conhecimento interessa tanto ao medico, em presença de uma embolia arterial recente, quanto ao cirurgião chamado para operar um aneurisma ou um tumor adherente a uma arteria, ou a sustar uma hemorragia por ferida arterial.

Com effeito, é aos cirurgiões que o problema tem preocupado particularmente, e a multiplicidade dos methodos empregados indica as difficuldades contra as quaes têm tido que lutar na pratica.

Os velhos cirurgiões ligavam o tronco arterial acima do aneurisma ou da ferida, confiando na natureza para realizar uma circulação pelas vias collateraes.

Actualmente os progressos da technica nos permitem escolher entre este processo simples e as operações recentemente entradas na pratica: a saber, as suturas lateraes, ou extremidade á extremidade, a obliteração do sacco, etc.

Como se verá, certos methodos fizeram suas provas, que permitem augmentar progressivamente a sahida

(*) — Memoria apresentada a "American Medical Association" em Junho de 1914.

(gasto) a principio insufficiente das vias collateraes e pôr assim o doente em condições em que a ligadura poderá ser praticada sem inconvenientes, o que não succederia algumas semanas mais cedo.

Os riscos, em caso de insufficiencias das arterias collateraes, não devem ser descurados.

A gangrena do membro, acarretando a amputação mais ou menos alta, tem sido vista com frequencia.

A's vezes a ischemia, sem confiar na gangrena, isto é, comquanto não produza gangrena, determina nos musculos um processo de myosite esclerosa que provoca retracções tendinosas indeleveis com deformação das extremidades (pé, mão).

A's lesões musculares são, ademais, associadas lesões nervosas, como o indica a *anesthesia em man-guito* (en manchette) que completa o quadro da *molestia ischemica de Volkmann*.

Matas faz observar em seu relatorio que a questão fez grandes progressos a partir das publicações dos medicos militares que fizeram a campanha da Mandchuria e dos Balkans: e não ha duvida que a guerra actual constitue, ella tambem, um vasto campo de observação pelo que toca ás feridas arteriaes e ao tratamento dos aneurismas tardios *por tiro*.

Entretanto, em regra geral, os feridos do campo de batalha são individuos fortes, relativamente moços e de arterias intactas.

Nelles a circulação collateral se resta belece com uma rapidez que se não encontra mais na pratica civil onde se depara com individuos de idade media ou adiantada cujo systema vascular já está mais ou

menos alterado pelo atheroma (syphilis, alcoolismo, fadiga, etc.).

E' na pratica civil principalmente, em que a questão de urgencia se estabelece mais raramente, que importa não tentar a cura de um aneurisma, por exemplo, senão depois de um estudo attencioso das condições em que se fará a irrigação sanguinea do membro após a obliteração do tronco arterial principal do membro ou do lado correspondente do encephalo, se se tratar da arteria carotida.

Entre os methodos que têm sido propostos no decorrer dos ultimos annos, é preciso separar nitidamente os que são applicaveis no proprio momento da intervenção, no paciente já collocado na meza de operação, e os que podem e devem ser experimentados com alguns dias de antecipação.

Entre os primeiros, consideraremos successivamente com Matas:

1.º *Methodo de Quenu e Maret* 1 — Depois de compressão digital ou instrumental do tronco principal do membro, immediatamente acima do sacco em caso de aneurisma poplitêo, por exemplo, pratica-se uma leve incizão sobre o tronco da arteria pediosa ou da tibial posterior atraz do malleolo interno. Si a arteria sangrar, poder-se-á sem inconvenientes praticar a ligadura na ponta comprimida.

O inconveniente deste methodo, fora sua applicação tardia, é que elle carece de uma incizão praticada em tecidos muitas vezes mal nutridos. Demais prova-se muito frequentemente, como vel-emos, a obliteração da arteria pediosa, emquanto que

a nutrição dos tecidos do pé é sufficientemente mantida pelas collateraes arteriaes.

2.^o *Methodo de Henle* (de Dortmund) proposta quasi simultaneamente por (*Coenen* de Breslau).

No decorrer da operação, uma vez a arteria exposta em toda a sua extensão, comprime-se a extremidade arterial acima do aneurisma com uma pinça e verifica-se se ha refluxo de sangue atravez da extremidade peripherica.

Methodo de Von Frisk (de Vienna) proposto, como os precedentes, depois da guerra dos Balkans. Sempre durante a operação comprime-se a extremidade central da arteria posta a descoberto, e a circulação collateral pode ser considerada sufficiente:

a) si a extremidade do membro conserva sua coloração normal.

Este signal, precedentemente assignalado por *Matas*, é sufficiente por si só, quando verificado com nitidez. Mas, o facto não é sempre possivel, particularmente quando ha edema do pé:

b) si o signal de *Henle* e *Coenen* existir;

c) si a veia principal do membro e seus affluentes se intumescerem depois de se ter collocado a pinça (clamp) sobre esta veia (sempre deixando no logar, bem entendido, o agente compressor sobre a arteria acima do sacco). E' bom recommear duas a tres vezes esta manobra; si se provar, cada vez, que a veia não demora em intumescer-se, pode-se considerar sufficiente a circulação geral, mesmo em ausencia dos dous outros signaes.

Reconhecendo a utilidade dos methodos prece-

dentos, *Matas* os increpa pela circumstancia de só poderem ser applicados no curso da operação.

Admittindo que elles deem uma resposta negativa, inhibindo o cirurgião de praticar a ligadura arterial, qual será, pois, a indicação operatoria?

Não é nada possível, no campo de batalha, praticar uma arteriographia circular, ou um enxerto venoso entre as duas extremidades arteriaes, operações que só poderão ser attendidas em uma clinica munida de installações aperfeiçoadas.

4.º *Signal de Pierre Delbet* — *Matas* aconselha pesquisar (a principio) antes de tudo, desde o primeiro exame do doente, um signal a que elle, pessoalmente, dá um grande valor e que tem sido tambem recommendado por *Monod* e *Vanverts*.

Pierre Delbet notou que, muitas vezes, em caso de aneurisma poplitêo, o tronco arterial se acha obliterado abaixo do sacco e não se percebe nenhuma pulsação da pediosa, sem que resulte disto, entretanto, nenhuma perturbação de nutrição dos tecidos, em virtude do desenvolvimento progressivo da circulação collateral. Si este signal fôr verificado, se poderá com toda a segurança praticar a ligadura acima do sacco.

5.º *Methodo de Korotkow* (de São Petersburgo) proposto por elle depois da campanha da Mandchuria, adoptado posteriormente por *Von Oppel*. Consiste em tomar a pressão arterial ao nivel dos dedos ou dos artelhos com o tonometro de *Gaertner*. Cada um conhece o manejo deste instrumento, que consiste em anemiar o dedo enrolando-lhe uma correia de

caoutchouc até ao nível de um anel do qual se pode tomar a pressão, digo, medir a pressão.

Insufila-se o anel acima do nível provavel da pressão arterial, depois se o esvazia progressivamente até o reaparecimento da côr no dedo desembaraçado da correia de borracha. A pressão indicada neste momento pelo manometro mede a pressão intra-arterial.

Ora esta manobra é praticada antes e depois da compressão da arteria principal acima do aneurisma. Si, no tempo do segundo ensaio, a pressão cahe a 0, a ligadura deve ser considerada impraticavel.

Infelizmente, observa *Matas*, o reaparecimento da côr vermelha é muitas vezes difficil de se acompanhar no nível dos artelhos, quando estes são pallidos ou cyanosados, ou nos negros; de mais, a manobra é quasi impossivel quando os artelhos são deformados.

Estas difficuldades praticas têm sido verificadas egualmente por *Wolff*, *Kruger*, *Tcherniechowski*.

6.^o *Methodo de Pachon*. Elle assenta sobre o mesmo principio, mas o instrumento de *Gaertner* é substituido pelo *oscillometro de Pachon*, apparelho incomparavelmente mais aperfeiçoado e sensivel.

Seu emprego foi aconselhado pela primeira vez, por *Cawadios*, que comparou as tensões arteriaes dos dous membros symetricos nos aneurismas aorticos e nas arterites dos membros inferiores.

Jean Heitz mostrou que o emprego do *oscillometro* dava indicações de uma precisão absoluta para reconhecer o nível da obliteração arterial em caso de gangrena, e para avaliar o grau de permeabilidade do

tronco arterial em caso de claudicação intermitente por arterite obliterante.

Guyot e Jeannenay (de *Bordeaux*) pesquisaram, por meio do *Pachon*, o nível em que devia ser praticada a amputação em caso de gangrena senil dos artelhos.

Emfim *Gossel*, em um caso de aneurisma arterio venoso subclavio direito, verificou que a tensão arterial systolica, medida pelo *Pachon*, era igual a 10 no lado doente, antes da operação, ao passo que era de 15 do lado normal: depois da quadrupla ligadura das extremidades arteriaes e venosas, a pressão cahira a 9 do lado operado. Elevava-se a 12 duas semanas após a operação, mostrando uma circulação collateral bem restabelecida, a despeito da ausencia de pulso radial.

Matus confessa, no seu relatorio, só ter pouca experiencia com o aparelho de *Pachon*, de modo que não pode emittir opinião absoluta sobre o valor do methodo.

Parece-lhe, entretanto, que o methodo merece ser estudado e levado em seria consideração.

A medida das tensões arteriaes, e sobretudo da extensão das oscillações observadas antes, após a compressão da arteria acima do sacco constitue evidentemente, para todos os que têm pratica do *Pachon*, um dos melhores processos de avaliação da circulação collateral.

7.º *Methodo de Tuffier e Hallion*. Começa-se praticando em torno do membro, no punho ou na articulação tibio-tarsiana, uma constricção moderada que deve fazer que as veias da extremidade se dilatam, e demonstrem que a corrente arterial não está inter-

rompida: Executada esta prova, comprime-se a arteria principal do membro, com o dedo ou um compressor, e se recomeça a prova precedente: si as veias da extremidade se intumescerem como da primeira vez, provado está que a circulação collateral é sufficiente.

Matas applicou este processo com successo num caso de aneurisma poplitêo.

Seu unico defeito é tornar-se duvidoso nos casos em que, devido á estase venosa por obstrucção das veias e dos lymphaticos no nivel do sacco, o aneurisma se acompanha de edema.

8.^o *Methodo calorimetrico de Steward (de Cleveland)*.
Põe-se a extremidade do membro num *calorimetro* construido *ad hoc*, e calcula-se a quantidade de sangue que atravessa a mão ou o pé pela formula:

$$G = \frac{H}{T - T'} \cdot \frac{1}{S}$$

G representa o numero de grammas de sangue que se escôa durante um minuto:

H a temperatura cedida ou dada pelo membro.

T e T' as temperaturas dos sangues arterial e venoso.

S o calor especifico do sangue.

A verificacão terminada, se a recomeça tomando cuidado de *comprimir* o tronco arterial acima do sacco.

Em um caso de aneurisma da arteria inominada, operada pelo Dr. *C. Hamman*, este methodo permittiu verificar o restabelecimento completo da circulação ao cabo de seis mezes; o consumo sanguineo (a circu-

lação) tornou-se, graças ás vias collateraes, igual ao observado antes da ligadura do tronco principal.

Irfelizmente, este methodo não pode ser applicado senão nos grandes centros, porque é um methodo de laboratorio.

9.º *Methodo de Moszkowicz* (de Vienna.)—A pesquisa de uma reacção hyperemica viva tem sido, foi proposta por este auctor para permittir reconhecer, em casos de gangrena horrivel (intensa) o limite dos tecidos vivos, de modo a restringir a amputação ao estrictamente necessario.

Pratica-se a ischemia artificial do membro com a faixa de *Esmarch* enrolada desde a extremidade dos dedos até ao supposto nivel da obliteração arterial.

Quando, depois de alguns minutos se desenrola a faixa de *Esmarch*, vê-se uma vermelhidão pronunciada descer rapidamente pelo membro e parar no limite dos tecidos ainda capazes de viver.

Foi *Matas* quem, primeiro, applicou este methodo no estudo preventivo da circulação collateral em caso de aneurisma.

Depois de ter enrolado a faixa de *Esmarch* como mostrou *Moszkowicz*, comprime-se a arteria immediatamente acima do sacco; depois, no fim de 10 minutos (reduzir a 5 nos individuos idosos e nos de coração fraco) desenrola-se a faixa, deixando no logar o tampão compressor.

Vê-se então descer no membro uma vermelhidão, mais ou menos rapidamente, conforme o desenvolvimento da circulação collateral.

Ás vezes a coloração desce rapidamente até aos

artelhos, como quando a arteria principal do membro não foi comprimida.

As mais das vezes, a zona de rubor vivo se limita ao terço ou á metade superior do membro, prolongando-se por uma zona em que a coloração é ao mesmo tempo mais fraca e, principalmente, irregularmente distribuida.

Quanto aos dedos ou artelhos, elles ficam muitas vezes, amiude, inteiramente pallidos durante dez, quarenta minutos, algumas vezes mais.

Si se prolongar a compressão arterial sobrevirá turgescencia das veias.

Nos casos menos favoraveis vêm-se apparecer lentamente, sobre fundo pallido, pequenas áreas roseas irregulares, que se estendem gradualmente sem que entretanto se confundam.

As indicações dadas por esta experiencia foram sempre confirmadas pela pratica em 36 individuos portadores de aneurismas e operados por *Matas*. Nos casos em que a circulação collateral se mostrava insufficiente, perfiou-se em desenvolve-la comprimindo a arteria doente durante algum tempo no decurso de algumas semanas, ou por meio de banhos de ar quente secco e massagens vigorosas no nivel da extremidade; a operação só foi praticada depois que a experiencia revelou decrescimento sufficiente do periodo de pallidez do membro.

10.^o *Methodo de Matas e Allen*. — É baseado sobre a applicação temporaria ou definitiva, no trajecto arterial, de aneis de aluminio flexiveis e amoviveis.

Pode ser classificada numa categoria especial.

Tem a vantagem de ser applicavel não só ás arterias dos membros, como ás illiacas e ás carotidas.

Serve-se de faixas, fitas, de varias pollegadas de extensão, cuja largura vai de meio a oito millimetros segundo os casos, muito delgadas, e que se pode introduzir entre o vaso e sua bainha; comprime-se e secciona-se o excesso da fita com tezouras especiaes.

Si, depois de oclusão completa, a circulação periphérica permanece sufficiente, deixa-se a toda no logar, e o aneurisma sára, enkistando-se o anel de aluminio. Si, ao contrario, apparecem ameaços de gangrena ou perturbações cerebraes em caso de lesão carotidiana (estupor, hemiplegia, perturbações da visão) afastam-se as duas extremidades do anel de modo a deixar subsistir um escoamento sanguineo parcial, que traz consigo uma coloração rosea dos artelhos ou o *conhecimento* do doente e uma vizão distincta.

Este methodo que não altera a estructura das paredes dos vasos, permittirá, si necessario, depois de quarenta e seis a setenta e duas horas de oclusão, a restaraução da luz arterial.

Lê-se no relatório de *Matas* a historia de um homem de cincoenta e quatro annos no qual se praticou por esse processo uma oclusão da carotida, operação motivada por uma exophtalmia pulsatil.

Em presença de accidentes cerebraes graves sobrevividos cinco horas depois da oclusão, as extremidades do anel de aluminio foram afastadas e o doente recobrou a razão. Mas os phenomenos pulsateis para logo reapareceram.

O doente foi então submettido a sessões quotidianas,

cada vez mais prolongadas, de compressão da arteria carotida, e se poude, ao cabo de seis semanas, praticar uma nova oclusão que não foi seguida de accidente. A cura se mantinha no fim de nove mezes.

O auctor poude tratar igualmente dous casos de aneurisma da arteria illiaca externa em arterio escleroticos adiantados; no 1.^o caso a coloração rosea dos artelhos appareceu vinte minutos depois da operação e o doente curou-se sem que tivessem reaparecido as pulsações pediosas.

No 2.^o caso foi necessario activar a volta da circulação peripherica por applicações quentes e massagens.

Em conclusão, é preciso reconhecer com o eminente cirurgião de *Nova Orleans*, que o emprego destes differentes methodos permite fazer a classificação das intervenções operatorias de um modo absolutamente seguro.

Chega-se assim a evitar as intervenções inuteis ou inutilmente complicadas, e a retardar operações que poderiam ser perigosas, até ao dia em que um tratamento previo houver preparado o doente.

E' somente quando a circulação collateral persistir em se mostrar insufficiente, que se cuidará em applicar operações "ideaes", taes como a excisão do sacco aneurismal ou o enxerto de um segmento de veia saphena.

ASSOCIAÇÕES MEDICAS

SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES

Sessão de 25 de Abril

Sobre um caso de crypsorchia.—O Dr. Caio Moura apresenta um doente do seu serviço clinico hospitalar, que tem um esboço de bolsas escrotaes completamente vazias das glandulas da geração.

Representa um caso de importancia, digno de ser apresentado não só a essa douta Sociedade, como também a qualquer outra do mundo medico, pela sua raridade, pois, segundo estatistica de Marshall, a ectopia bilateral não existe senão uma vez em mais de 10.000 individuos.

Procedendo-se a um exame, verifica-se que o seu testiculo direito se acha localizado no anel inguinal externo desse lado, enquanto o esquerdo deve estar na cavidade abdominal, pois não é absolutamente perceptivel á apalpação nem da região inguinal, nem da fossa illiaca esquerdas.

E ainda si se quizer apalpar o que é accessivel, é preciso que se procure certo geito, uma especie de pinçamento digital no ponto do anel inguinal externo, estando o doente em decubito dorsal, quasi sentado.

Trata-se, portanto, de um caso de crypsorchia dupla na phrase de alguns auctores.

Accrescenta que deve justificar porque diz *crypsorchia* e não *cryptorchidia*, como é usual.

O illustre hellenista e distincto medico fluminense,

o Snr. Ramiz Galvão, no seu "Vocabulario etymologico, orthographico e prosodico das palavras portuguezas derivadas da lingua grega", ensina que não se deve dizer anorchidia, monorchidia, triorchidia, polyorchidia e synorchidia, mas anorchia, monorchia, triorchia, polyorchia e synorchia, e, por conseguinte, anorchio, monorchio, triorchio, polyorchio e synorchio, porque no radical grego (*orchis, archeos*) não ha a letra Delta.

O Francês é que com as suas phantasias orthographicas intercalou tal letra, o que nós descuidadamente, accéitamos.

Quanto aos vocabulos *cryptorchidia* e *cryptorchida*, sobre serem errados pelo mesmo motivo, são ainda inaccéitaveis, por já existir formado no grego o vocabulo *cryptorche*, donde se derivou *cryptorchia*. A accentuação da desinencia *ia* pode ser breve ou longa, visto ser isso ponto litigioso em vernaculo. Portanto, *cryptórchia* ou *cryptorchia*, á vontade.

Voltando ao caso, disse que a glandula genital do homem apresenta anomalias de formação, desenvolvimento, posição e migração.

Embora seja assumpto bastante estudado por quasi todos os pathologistas, pareceu-lhe dever; lembrar algo do que elles a respeito têm escripto.

Emquanto a monorchia, existencia de um só testiculo, anorchia, ausencia de ambos, são factos anatomicos accéitos por todos os auctores, ainda que declarem que raramente são observados, acreditando que quasi sempre se trata de cryptorchias; a polyorchia só conta no seu activo o caso de Blasius, em cujo doente o exame anatomico demonstrou a existencia

de um testículo supra numerario (triorchia). É opinião corrente que os polyorchios são individuos que têm cystos do cordão espermatico, os quaes por sua forma e dureza se confundem com testiculos.

Mas deixando de lado as diversas malformações testiculares, encara somente as anomalias de migração de que soffre o seu doente.

É sabido que na evolução embryogenica os testiculos se desenvolvem na região lombar, para dentro dos rins, e normalmente descem para a fossa iliaca no 3.º mez da gestação, atravessam o orificio inguinal interno no 6.º e chegam ao fundo do escroto no nascimento.

Quando param em qualquer daquellas trez regiões de passagem, constituem as variedades ectopicas: intra-abdominal, iliaca e intra-inguinal; e quando, em vez de seguirem esse tramite normal, se desviam, vindo apparecer quer na parede do ventre, quer na coxa, quer no perinéo, o que se chama *migração aberrante*, formam as ectopias abdominal, crural e perineal.

E quaes as causas dessas paradas e desses desvios?

Eis um ponto obscuro, que se tem procurado explicar por muitas causas entre as quaes se salienta uma serie de razões anatomicas: 1.º inserção viciosa do *gubernaculum testis*, 2.º curteza desse ligamento, 3.º vicios de formação do mesorchio, 4.º imperfuração do musculo grande obliquo, 5.º estreiteza do orificio externo do canal inguinal, etc. Tudo isso é possível, mas nada incontestado, diz:

Sebileau diz que essas anomalias da glandula sexual não são mais do que a photographia de uma

disposição ancestral, um phenomeno de atavismo no curso do desenvolvimento ontogenico do individuo.

Assim, no tocante á situação do testiculo, diz elle, os mammiferes dividem-se em 3 categorias: 1.º a em que esses orgãos se conservam na cavidade ventral, não fazendo nenhuma migração ou apenas uma parcial e incompleta, sempre intra-abdominal, como os monotremos, muitos edentados, todos os cetaceos verdadeiros e herbivoros e certos pachydermes, como o elephante, o rhinoceronte, etc.; 2.º aquella em que, durante os primeiros mezes da vida uterina, os testiculos situados na cavidade abdominal, della se desprendem, atravessando-lhe a parede, quer no fim do periodo fetal, quer nos primeiros mezes que seguem ao nascimento, taes como os macacos, os ruminantes, os solipedes, os carnivoros, sendo de notar que, no fim da sua migração, o orgão não occupa em todos esses animaes a mesma situação: na maior parte das especies, solipedes, ovideos, bovídeos, é encerrado, como no homem, numa verdadeira bolsa escrotal; em outros, como a lontra e os camellos, aloja-se debaixo da pelle da região inguinal, e em alguns pachydermes na do perinêo; a 3.ª categoria, emfim, agrupa os animaes cujos testiculos, em epochas determinadas, entram e saem do abdomem, através do canal vagino-peritoneal, conforme a um rythmo paralelo ao do cío. E' o que succede com os marsu-piaes, os roedores, os chiropteros e os insectivoros.

Pois bem, continúa Sebileau, todas as anomalias de migração testicular que se observam no homem, são a imagem de uma das disposições precedentes; a excepção num é a regra nos outros.

Sejam quaes!forem as causas das ectopias testiculares, o que mais importa ao clinico é o conhecimento dos accidentes e complicações que podem sobrevir nos individuos attingidos por taes anomalias.

Assim é que, por effeito da anormal persistencia do canal vagino-peritoneal, os crypsorchios da variedade inguinal, como no seu caso, têm sempre uma hernia em concomitancia, que naturalmente pode engasgar.

Quando o crypsorchio soffre de blenorrhagia, como o presente doente, pode vir a ser atacado de uma orchite, que então é sempre gravissima, pela possivel propagação do processo inflammatorio ao peritonêo, determinando peritonite, frequentemente mortal.

Outro accidente de gravidade é o retorcimento do cordão espermatico, a um esforço ou a uma contracção dos musculos da parede antero-lateral do abdomen ou do cremaster, produzindo infarctos hemorrhagicos com necrobiose do orgão, não devidos a obliteração de todos os vasos do cordão, mas sim á inexistencia nos testiculos ectopicos das veias de segurança, que nas glandulas genitales normalmente situadas, communicam a circulação venosa do escroto com a do cordão.

Nestas condições, comprimidas as veias pelo retorcimento e continuando o sangue a affluir, pelas arterias, dá-se o infarte, produzindo a necrobiose, se a abrigo de germens, ou a gangrena, se estes invadem a glandula.

E por ultimo, estão os crypsorchios sujeitos á complicação, cuja gravidade se abstem de frizar, da degeneração cancerosa na glandula sexual.

Ante essas possíveis eventualidades morbidas que tanto sombreiam o futuro de taes enfermos, cumpre ao cirurgião procurar prevenil-as, mediante intervenções operatorias que ou colloquem o testiculo dentro das bolsas, ou façam a castração se por acaso estes órgãos forem inúteis, por esclerosados ou atrophiados.

No seu doente pretende, uma vez restabelecido elle da infecção gonococcica de que soffre, realizar a operação de orcheopexia pelo processo de Marion-Ombredanne, o qual, como se sabe, consta de dois actos operatorios: o primeiro, da introduccão de bolas de vidro debaixo da pelle das bolsas para crear-se uma cavidade onde se possam alojar os testiculos; o segundo, do abaixamento da glandula e sua fixação no fundo das bolsas, em ponto opposto á situação em que essa glandula se achar, realizando a operação de orcheopexia trans-escrotal, assim denominada por Ombrédanne.

Deontologia Medica

Abrimos espaço em nossas columnas para o brilhante artigo do eminente director da «Gazeta Médica» o Professor Pacifico Pereira.

A resposta ao appello do vespertino bahiano é mais uma admiravel lição do glorioso mestre, que mais uma vez prova a sua effectiva capacidade de dou-

trinar, offerecendo-nos bello exemplo de forte enfi-
bratura professional.

Eis o artigo:

MINHA VIDA CLINICA

«Consulta-me o illustre redactor se poderei eu es-
crever, para ser publicado em seu brilhante vesper-
tino «A Tarde», um artigo sobre os factos mais pal-
pitantes de interesse da minha vida clinica. Ora, a
ethica medica não permite a publicação destes factos
senão na imprensa professional, e com as attenções e
reservas que o medico tem por dever observar em
suas relações com os clientes e o publico.

Permittirá a «A Tarde» que exponha ligeiramente
os motivos deste modo de proceder que procurei sem-
pre cumprir escrupulosamente.

Recebi o gráu de doutor em medicina em novem-
bro de 1867 e desde os primeiros annos do meu curso
convivi e recebi as sabias lições e conselhos de um
grupo de clinicos distinctos entre os quaes salienta-
vam-se Silva Lima, Paterson, Wucherer, Faria e
Pires Caldas.

Estes dignos e acatados profissionaes formaram com
mais alguns outros collegas uma associação medica,
que em 1866 encetou a publicação da «Gazeta Medica
da Bahia,» sob a direcção do illustrado professor dr.
Virgilio Damazio. Este prezado mestre de accordo
com os collegas associados entregou-me a direcção
daquelle periodico, com uma honrosa e captivante
apresentação ao jornalismo medico, em dezembro de
1867.

Nesse mesmo anno publicava a «Gazeta Medica» o «Codigo de ethica medica da Associação Medica Americana», que compendiava os preceitos que devem servir de norma aos membros da classe medica em suas relações com os clientes, os collegas, as autoridades e o publico em geral.

Um dos capitulos deste codigo tem por titulo— «Deveres para sustentação do character profissional» e em seu artigo 1.º § 3.º, diz: «E' aviltar o character da profissão o recorrer a annuncios publicos, cartões e bilhetes (handbills) chamando a attenção dos individuos affectados de certas molestias, offerecendo publicamente consultas e remedios gratis aos pobres ou promettendo curas radicaes; ou *dar publicidade a casos e operações pela imprensa diaria ou consentir que taes publicações se façam*; convidar homens incompetentes para assistirem a operações, gabar-se de curas e de remedios, apresentar certificados de pericia e bons resultados ou praticar quaesquer actos semelhantes.

«São estas as praticas ordinarias dos charlatães e são altamente reprehensíveis em um verdadeiro medico.»

Já por esse tempo campeava entre nós o charlatanismo, explorando a ingenuidade dos credulos com as narrativas das curas surprehendentes e dos effeitos milagrosos de remedios secretos, suggestionando pelos annuncios e reclamos o espirito fraco dos infelizes abatidos pelo soffrimento ou anciosos pela cura.

Prefaciando aquelle codigo, admiravelmente elaborado, o eminente profissional dr. Silva Lima lamentava a tendencia progressiva de alguns membros da

profissão a imitar as praticas condemnaveis dos charlatães, levados, ou pela cubiça de um lucro deshonestamente extorquido ao publico ou pela ambição de uma fama conquistada por meios illegítimos e terminava por estas edificantes considerações:

«A Associação Medica Americana» fez bem em definir as obrigações e a posição do medico na sociedade, pois é justamente no continente americano que são mais frequentes as infracções dos taes preceitos, deixando largo campo ao charlatanismo ruído, que ameaça contaminar alguns membros menos escrupulosos da nossa classe. A Associação Americana reconheceu a necessidade de oppor um paradeiro a taes abusos, e nós tambem reconhecemos a de dar curso em nosso paiz aos sãos principios contidos na sua importante publicação.

«Em algumas provincias do Imperio a imprensa diaria offerece a mais conveniente prova dessa necessidade, as publicações a «pedido», os noticiarios e os annuncios pomposos, os agradecimentos publicos dos doentes que só podem pagar nessa nova moeda, cujo valor não conhecem bem; revelam todos os dias o açodamento dos que teem antes a mira dos interesses da sua reputação perante um publico que a não pode competentemente avaliar, e nos proventos da sua arte, do que nos verdadeiros interesses da sciencia e da dignidade da profissão.

«A sciencia verdadeira é modesta e singéla; não se exalta e não quer passar por mais do que é e do que vale».

«Estes abusos, tão communs por toda a parte, dizia o dr. Silva Lima, são raros ainda em nossa provincia.»

Educado nessa escola tornei-me desde então practicante e predicante dessas boas normas no exercício da profissão; defendi-as e sustentei-as sempre na imprensa medica e aconselhei-as aos discipulos e jovens collegas nos actos de collação de grão em que funcionei como director ou paranympo.

Fiel a este passado que me ennobrece e grato á memoria dos insignes mestres doutrinadores desses sabios e justos preceitos, que, folgo de dizer, são observados pela grande maioria da profissão medica bahiana, não posso mudar hoje de proceder, sobretudo quando exerço uma especialidade, a de partos e molestias de senhoras, em que a divulgação dos casos mais interessantes poderia offender sentimentos muito delicados e respeitaveis.

Julgo ter justificado assim a minha excusa, que espero a «A Tarde», acceitará com a sua costumada gentileza e benevolencia para commigo.

A. Pacifico Pereira.

Revista das Revistas

Os estupros e a telegonia "La Presse Médicale" n.º 19, 6 de Maio, 1915.

Os allemães que invadem actualmente os sólos belga e francês, tem commettido mais esta especie de façanhas:—o estupro.

A ser uma realidade a telegonia ou herança por influencia, ficariam as pobres mulheres condemnadas a transmittirem ás futuras gerações, qualidades oriundas do primeiro gerador. A' proposito, Barrier, em sessão da Academia de Medicina de Paris, de 4 de Maio corrente, apresenta documentos condemnatorios da telegonia, concluindo pela sua inexistencia no que é apoiado por uma observação pessoal de Galippe e pela opinião autorizada de Pinard que affirma "*que les femmes qui sont devenues grosses á la suite de viols commis par les Allemands peuvent étre certaines qu'une fois débarrassées de leur actuel produit de conception, ne conserveront aucune influence de leur engendreur occasionnel*". Não é tão absolutista Gaucher que refere a observação de uma cliente, casada em segundas nupcias, "*et qui tendrait á montrer que la télegonie n'est pas toujours illusoire*".

A rarsa do phenomeno e a possibilidade de um encontro ou analogia de caracteres entre individuos de origem reconhecidamente diversa parecem, de facto, relegar a telegonia ao plano de méras coincidencias, apagando-lhe o primitivo colorido de principio biologico.

Que o seja, ao menos como um consólo ás malsinadas victimas da libidinagem feroz.

A. N.

Noticiario

FACULDADE DE MEDICINA

Clinica pediátrica medica e Hygiene infantil.—Acaba de ser promovido á cathedra de Clinica pediátrica

medica e Hygiene infantil o respectivo professor substituto Dr. Joaquim Martagão Gesteira, já empossado perante a Congregação.

A *Gazeta Medica* se compraz com o acto do Governo, na homenagem ao seu illustre redactor, elevando-lhe mercedamente, o posto nobilitante. Ao mesmo tempo apresenta-lhe effusivos parabens por ver-lhe assim realisados os mais almos ideaes no feliz acontecimento que vale por uma victoria tão rapida quanto mercedamente conquistada.

Clinica ophtalmologica. — Na mesma occasião foi elevado á categoria de professor cathedratico o então substituto de clinica ophtalmologica Dr. João Cesario de Andrade.

Collaborador assiduo e dedicado, a «Gazeta Medica», conhecedora do seu valôr e de suas aptidões scientificas, não pode silenciar tão justa promoção, levando ao professor de Ophtalmologia as suas expressões congratulatorias, extensivas ao corpo docente da Faculdade de Medicina que vê o joven professor entre os seus mais dignos e illustrados pares.

Clinica oto-rhino-laryngologica. — Inaugurou-se no domingo ultimo, no Hospital Santa Isabel, o gabinete de clinica oto-rhino-laryngologica á cargo do illustre Professor Eduardo Moraes.

Emancipada, assim, da anterior contingencia de funcionar em commum com a clinica ophtalmologica, tal se o fazia desde que foi creada, a importante cadeira recebe, por isso, consideravel impulso, graças, principalmente a iniciativa efficaz do notavel facultativo que a superintende, alliada ao concurso da Santa Casa de Misericordia e da Directoria da Faculdade de Medicina.

Sem luxo, mas com as peças precisas e o material mais necessario, o novo gabinete consta de sala de operações, sala de curativos, camara escura e sala do chefe do serviço, podendo satisfazer no que respeita a especialidade, ás necessidades do ensino e da clientéla, attrahidos uns e outros, estudantes e clientes pelo justo renome e reconhecida competencia do docente chefe, cujo nome gravado á instituição do importante ramo da medicina, entre nós, comporta mais a benemerencia da realização desse tentamen, á expensas proprias, o bastante para reflectir a vontade inflexivel e a descommunal dedicação com que acóde aos interesses do ensino e da humanidade soffredora, a um tempo servidos por sabia orientação scientifica e espartana actividade.

A inauguração do importante departamento hospitalar seguiu-se á sessão ultima da «Sociedade Medica dos Hospitaes» convidada para esse fim, discorrendo o Dr. Moraes em phrases felizes e vibrantes, allusivas aos professores de ophtalmologia em cuja companhia até então trabalhara, aos seus actuaes auxiliares e

terminando por agradecer os bons serviços da Santa Casa e da Directoria da Faculdade, em pról d'aquelle commettimento. O Dr. Isaias Santos, digno Provedor da Santa Casa, agradece as referencias a instituição que representa, revertendo-as ao Mordomo e Director presentes, professores Menandro Filho e Clementino Fraga.

A Congregação da Faculdade de Medicina coroando a realisação desse nucleo de aprendizagem clinica, votou na sua ultima reunião, uma unanime moção de agradecimento ao relevante serviço assim prestado ao ensino medico na Bahia pelo eminente professor Eduardo Moraes que, ás tantas ovações recebidas pelo seu nobre emprehendimento, permittir-nos-ha juntar tambem as nossas, que a sua modestia relevará como a demonstração do jubilo incontinentemente com que affere a «Gazeta Medica» tamanho realce moral e scientifico do nome insigne do seu preclaro Redactor.

Perfis Hipocraticos

VI

Não foi, de certo, ao accaso, que se fez sentir, unanime, a opinião favoravel ao seu nome, quando a penultima reviravolta do ensino superior o aproveitou para uma das vagas de extraordinario na Faculdade de Medicina.

Gerações academicas ouviram-n'o attentas, quando assistente, enchendo os claros do horario cathedratico.

E era um prazer ouvi-lo, nas prelecções clinicas, talhadas mais á molde de conversa, reçumantes da proficiencia que ninguem lhe regateia, em linguagem modesta, quasi á surdina, tímida de repercussão, exuberante de gestos, mercê dos quaes reanimava alguma palavra, porventura abafada, na demasia de seu recato scientifico. E assim dissertava, muitas vezes, junto ao leito, mais pelo gosto de ensinar que se lhe vinha revelando do que pelo natural pendôr dos espiritos em evolução em se constituirem o nucleo de almejado renome.

Endendeu a sina variar-lhe o norte das tendencias espirituaes com a sua remoção do Hospital para a Faculdade. Timoneiro adextrado, nem por isso desnor-teou-se. Valeu-lhe a estrella que ainda o illumina na nova trajetoria.

E em continuo labutar, pacificamente iustallado á sombra de vasto laboratorio, preoccupa-se agora com os bellos e caprichosos debuchos que a fieira dos orgams vae produzindo, desdobrando-os á mocidade sob as inspirações do modernismo europeu com que, não ha tempos, retemperou o seu culto espirito.

A clinica, si sacrificada com essa metamorphose, só o foi na parte hospitalar, pois, principalmente, na zona em que reside, não muito longe da cidade, é ainda grande clinico e, a bem dizer, tem a seu cargo verdadeiro nucleo nosocomial, além da vasta clientéla domiciliaria.

E o melhor é que, por sobre tanto encargo, ainda lhe sobre tempo para a politica, formando numa das hostes anti-governistas entre os mais eminentes e denodados paredros.

Talvez por isso mesmo que leva tanto peso ás costas, se lhe multipliquem, celeremente, os passos, acudindo, rapido, aos amigos que lhe tentam deter a marcha apressada. A todos, porém, confunde com a mesma affabilidade, filha do coração magnanimo a se reflectir na physionomia insinuante e bondosa. Recompenha-o a sorte deixando-o conduzir-se aos queridos penates sob os melhores auspicios de feliz travessia, traduzida nominalmente no proprio ponto do seu destino, que interpreta a saudação habitual aos que partem, no voto carinhoso de uma jornada ditosa.

Espi

