

GAZETA MEDICA DA BAHIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Volume XLVI

JUNHO 1915

Número 12

Hematêmeses profusas por varizes esophago-gastricas de origem hepatica (1)

Pelo Prof. J. A. Garcez Fróes

Trata-se de um doente, A. J. S., com 24 annos, solteiro, lavrador, natural da Bahia, residente em Santo Antonio de Jesus e que se recolhera ao hospital em 28 de Janeiro do anno corrente, para tratar-se de antiga esplenomegalia palustre.

Medicou-o o dr. J. Olympio da Silva que, além da esplenomegalia alludida, diagnosticou verminose intestinal, o que foi por nós confirmado quando, em Abril proximo passado, encontramos o paciente na cama n. 40 da enfermaria de S. Vicente (secção da 3.ª cadeira de Clinica Medica).

Verificamos então a existencia de um figado bastante atrophiado no lóbo esquerdo (cujo limite inferior excedia de um centimetro apenas a ponta do appendice xiphoide) e de um enorme baço, invasor de parte da região epigastrica, de quasi metade da umbilical e de quasi todo o flanco esquerdo, não havendo ptose concomitante.

(1)—Comunicação á «Sociedade Medica dos Hospitaes,» na sessão de 16 de Maio do corrente anno.

Corria sem incidentes o tratamento médico, eis senão quando, ao chegarmos á enfermaria, pela manhã de 30 de abril, fomos encontrar o paciente a vomitar sangue profusamente, o que se iniciara desde a vespera, á tarde, continuando a reproduzir-se com intermittencias, até o momento do exame, máo grado os soccorros que lhe foram prestados.

O doente vomitava sangue, ás golfadas—um sangue vermelho-escuro em sua mór parte, abundante, desprovido de espuma e sem nenhum acompanhamento de tosse ou expectoração, dando reacção acida ao papel de urchilia (*turnesol*).

Achava-se em decubito dorsal, excessivamente pallido, o pulso pequeno, cerebro e hypotenso, extremidades um pouco resfriadas, a queixar-se de sêde ardente...

Dadas as providencias therapeuticas que o caso requeria—repouso absoluto, injecções subcutaneas de ergotina, emetina, ether, oleo camphorado e esparteina, injecção intravenosa de 250 c. c. de sôro physiologico adrenalinado, gêlo *intus et extra* (pedras de gêlo para a sucção e bexiga com gêlo no epigastrio); prohibição da alimentação *per os*, substituída por clysteres alimenticios—fizemos medir a quantidade de sangue vomitada, que orçou por 3 1/2 litros! Examinamos á baço, para cuja diminuição de volume nos fôra chamada a attenção, verificando que effectivamente tal se déra e tanto que uma nova delimitação da viscera recuava de 6 cm. anterior e inferiormente da primitiva contornisação esplenica

propositadamente indelevel sob a acção do nitrato de prata, para fins pedagogicos.

Tractava-se, pois, de uma hematémese, das denominadas quasi fulminantes e ameçadoras da vida dos pacientes... e, nesse sentido, fizemos opportunamente aos alumnos do 5.º anno medico, que acompanhavam a visita aos enfermos, as considerações opportunas respeito ao diagnostico pathogenico e differencial, ao prognostico de certo severo—*ut plurimum lethale*—e ao tratamento de urgencia e curativo, chamando-lhes para logo a attenção para a intervenção cirurgica, caso reincidisse o symptoma alarmante. A convite nosso e tendo em mira o possivel auxilio da cirurgia, examinou o doente o sr. dr. Fernando Luz, nesse mesmo dia 30 de Abril.

No que tange ao diagnostico clinico, após relembradas algumas hypotheses possiveis (hemoptyses profusas, irrupção do conteúdo de um aneurysma aortico num bronchio, deglutição do sangue de uma epistaxis posterior, *exulceratio*, ulcera ou cancro do estomago, varizes gastricas ou esophagicas, gastrorrhagias *sine materia*) firmámo-nos em duas hypotheses como as mais provaveis—a de *exulceratio simplex* de Dieulafoy e a de *varizes gastricas de origem hepatica*. Acreditavamos de preferencia nesta ultima possibilidade por causa da atrophia verificada no lobo epigastrico do figado e norteado pelo preceito clinico, em que tão criteriosamente insistia o sabio professor Alfredo Britto, quando recommendava que se não edificassem hypotheses, uma^s sobre outras, sempre que fosse possivel explicar com um só diagnostico

clínico a somma dos symptomas observados em um doente.

Para podermos preferir definitivamente uma das duas hypothèses diagnosticas foi-nos mistér appellar para a observação clinica, para os resultados da therapeutica medica ou cirurgica e, como *ultima ratio*, para a necrópsia, caso fossemos vencido, como infelizmente se deu, diante da impetuosidade reincidente das hematêmeses, que fizeram perder ao doente mais de quatro litros de sangue!

No dia immediato, 1.º de Maio, logo pela manhã vomitára ainda sangue por tres vezes, sendo o primeiro vomito de sangue vermelho e os dois outros de sangue mais escuro. Achava-se muito prostrado, mas consciente, tendo no momento do exame, 9 horas a. m., 130 pulsações e 36^{os},5 de temperatura; á tarde do dia 30 de Abril a temperatura fôra de 37,2, orçando por 130 por minuto as pulsações.

A' tardinha de 1.º de Maio, não houve elevação de temperatura, tendo marcado o thermometro apenas 36^{os},6. Fez-se, nesse dia como no anterior e nos que se seguiram, o uso de injecções intravenosas de sôro adrenalinado ou cafeinado, conforme a indicação do momento, na dôse de 250 c. c. de cada vez e duas ou tres vezes ao dia.

A' 2 de Maio encontrámo-lo peior e subconsciente, o que se accentuou á tarde, quando perdeu completamente o conhecimento, subindo a temperatura a 37^{os},9 e o pulso a 160 movimentos por minuto (embryocardia). Havia *melæna*.

Foram prescriptas, além da injeção intravenosa de sôro cafeinado, injeções, de hora em hora a principio e de 2 em 2 horas mais tarde, de oleo camphorado, cafeina, esparteina e ether.

3 de Maio: Consciente pela manhã, com 142 pulsações e 36^{os}, 2 a. m. apresentou-se á tarde em estado semicomatoso, com 38^{os}, 3 e 148 pulsações. Continuava a expulsão do sangue pelo anus (*melæna*), reproduzindo-se as hematêmeses ás 11 h. p. m., em que vomitou 450 c. c. de sangue escuro.

4 de Maio: Um pouquinho melhor, consciente, com 37^{os}, 3 a. m. e 145 pulsações. Foram feitas conferencias medicas com os collegas cirurgiões srs. drs. Fernando Luz, Caio Moura, J. Adeodato, A. Borja e Freire dos Santos, recusando-se todos a qualquer intervenção cirurgica em virtude do estado de abatimento do enfermo, cujo exame de sangue revelara da vespera — 1.891.000 hemacias e 8.680 leucocytyos por mm³; a relação globular de 1.219 hemacias, 25 % de hemoglobina e 0,66 de valor globular, havendo poikilocytose, anisocytose, um quociente de desvio leucocytario = 1,1 e sendo encontrados 2 erythroblastos (normoblastos); a formula leucocytaria indicava, (como se vê no quadro e no graphico annexos) 72 % de polynucleares para 20,60 % de pequenos lymphocytos, 5 % de leucocytyos de transição, 1,4 % de grandes mononucleares, 1 % de grandes lymphocytos e *ausencia* de eosinophilos.

Diante da recusa da cirurgia em, collaborar na tentativa de salvação do doente, redobramos de

cuidados medicos, mas baldadamente, porque, apesar de uma melhora enganadora a 5 de Maio (consciente, queixando-se de fome e reclamando alimentos, mas com 130 pulsações e 38~~e~~ 3) amanheceu no dia 6, indisposto, sendo que pelas dez horas a. m. começou de vomitar sangue, em sua mór parte vermelho, reproduzindo-se as hematêmeses subintrantemente até as 11 h. p. m., momento em que com uma ultima golfada de vomito hematico se extinguiu a vida de nosso doente.

Inutil insistir na continuidade da assistencia medica prestada sem treguas ao paciente, no que souberam sobreexceder-se os internos da clinica srs. doutorandos Rhadamantho Renault e Eduardo Bittencourt, o alumno encarregado especialmente da observação do doente—o sr. Armando Macedo e o aspirante ao internato sr. Gelmirez Gomes, que praticaram 9 injecções respectivamente de cafeina e esparteina, 11 de emetina, 4 de ergotina, 13 de oleo comphorado e 13 injecções intravencasas de sôro, das quaes 4 com adrenalina e 9 com cafeina.

O ultimo exame hematologico, praticado a 6 de Maio pela manhã, revelou a existencia de

1:240.000 hemfmacias por mm³

6.820 leucocytos por mm³

1:181 hemacias

20 % de hemoglobina

0.80 do valor globular

Havia ainda poikilocitose, crise hematoblastica, a presenca de 30 normoblastos no correr da contagem

de 500 leucocytos, que deram a seguinte proporção leucocyta:

Polynucleares neutrophilos	67,6%
Pequenos lymphocytos . . .	24,4%
Formas de transição	4,0%
Grandes mononucleares . . .	3,0%
Grandes lymphocytos	1,0%
Ausencia de eosinophilos . .	0,0%
	100,00

O quociente do desvio leucocytario era de 1,4, indicando a formula neutrophila de Arneth

I	II	III	IV	V
5	22	47	20	6

Antes de nos referirmos ao resultado da necropsia, feita pelo dr. Oscar Freire, na Faculdade de Medicina, cumpre-nos justificar as hypotheses diagnosticas a que nos ativemos e o porque de nossa hesitação entre ambas, muito embora a nossa preferencia pela accettazione das *varizes gastricas dependentes de doença jecoral anterior*.

Depois da descripção magistral do insigne Dieulafoy se reconheceu a *exulceratio simplex* o direito de caracterisação clinica independente, muito embora represente ella o verdadeiro estadio inicial do *ulcus simplex* de Cruveilhier, detido em seu evoluir pathologico por gastrorrhagias mais ou menos fulminantes.

E essa caracterisação cifra-se em uma tetrada clinica, que toda inteira se encontrava em A. J. S.—a) ausencia de perturbações gastricas anteriores; b) hematemeses profusas, quasi fulminantes e ameaçadoras para

logo da vida dos enfermos; c) presença de febre; d) predilecção para as pessoas jovens.

Assim é que dos dez casos colligidos pelo immortal professor Dieulafoy e que serviram de thema ás suas 3 lições magistraes sobre o assumpto, verificava-se bem que 1 tinha 20 annos, 2 tinham 22 annos, 1 tinha 23 annos, 1 tinha 27 annos, 2 tinham 30 annos, 1 tinha 35 annos e apenas um, o caso de Lépine e Bret, era já idoso, orçando por 65 annos.

Convem lembrado que era de 24 annos a idade de nosso doente, o qual nenhuma perturbação gastrica accusara anteriormente aos profusos vomitos de sangue que o victimaram e ainda apresentou febre de 37^{os},9 a 38,4 durante cinco dias (de 2 a 6 de maio).

A temperatura nas observações de Dieulafoy subiu a 38^{os} e a 39^{os}; a 39^{os} no caso de Grünberg e a 40^{os} no doente de Brault, toões citados pelo notavel professor de Paris.

O modo de processarem-se as hematómeses nos doentes citados por Dieulafoy e rotulados como de *exulceratio* foi bem analogo ao por que se revelaram os vomitos do sangue em nossa observação, como facilmente o demonstra o resumo aqui feito: Dos dez casos citados, perdeu o 1.^o doente 4 a 5 litros de sangue em menos de 30 horas, fallecendo logo depois; o 2.^o paciente, uma senhora de 23 annos, vista em conferencia com Michaux, perdeu 2 litros de sangue, reproduzindo-se as hematómeses até a morte; o terceiro enfermo (caso de Brault) morre em consequencia de gastrorrhagia amiude repetidas; o quarto e o quinto doentes, da clinica do professor Gilbert apresentam hematómeses fulminantes; o 6.^o caso é o de um

alcoolata, cliente de Luys, o qual empallidece e morre sem hematémese, encontrando-se, á necropsia, o estomago repleto de sangue (2 litros); foi Girardeau quem a Dieulafoy referiu a historia do 7.º paciente, victimado por uma só gastrorrhagia demasiado abundante; fôra mortal a gastrorrhagia na observação 8.ª a de Lépine e Bret; o nono doente, observado por Dieulafoy e victima de grandes hemorragias gastricas, foi de importancia transcendental pelo achado necropsico—ao lado do *ulcus rodens* a *exulceratio*; o decimo enfermo finalmente, um joven de 22 annos, que vomitara 4 litros de sangue e cujo exame hemati-metrico cifrara em 1.600.000 por mm as hemacias que ainda lhe restavam, não falleceu após as hemor-rhagias, tão somente porque o salvou opportunamente a intervenção cirurgica reclamada por Dieulafoy de modo insistente.

E apesar da tetrada da *exulceratio* a reclamar de nós a preferencia diagnostica para o nosso caso, pois que era nelle completa, puzemos sempre em primeira plana a outra hypothese—a das varizes gastricas por cirrhose hepatica, por isso que verificamos a atrophia, quasi que exclusiva, do lobo esquerdo do organo je-coral; este foi o diagnostico confirmado pela necropsia, com uma verificação a mais, isto é, que as varizes eram muito mais esophagicas do que estomacaes, como se deprehendem da observação da peça anatomo-pathologica presente, a despeito do descoramento que se produziu.

Firmado este diagnostico, cumpre-nos tentar uma

explicação pathogenica para o caso, e que não pode deixar de enquadrar-se no esforço da *vis medicatrix* em busca da derivação do sangue-porta, entravado no fígado, já pela atrophia do seu lobo epigastrico, quer por volumosa thrombose do tronco da porta e de sua ramificação direita, como o revelou o exame cada-
verico.

Em tal conjunctura vale-se a natureza de alguns ou de todos os 5 grupos das chamadas *veias portas accessorias* de Sappey, sendo que aqui, no caso clinico em foco, foi principalmente ao grupo quarto, que ella recorreu, por intermedio das veias da metade inferior do esophago defluindo na azygos, e desta ua cava superior, o sangue que lhes refluiu da veia *porta* duplamente embaraçada.

No estomago de nosso infeliz doente pôde bem ver-se e ainda hoje pode verificar-se, máo grado algo de mudança do colorido, operada pelo liquido conservador, que das varizes abundantes no terço inferior do esophago, 2 descem atravez o cardia para o estomago, e que a mucosa gastrica em torno do orificio superior do estomago está hyperhemida na extensão de 3 centimetros.

Bem elucidativa é tambem a estampa n. 21 do Atlas de anatomia pathologica de Kast, Frankel e Rumpel, cuja apresentação aqui devo á obsequiosidade do collega sr. dr. Fernando Luz.

O quadro hematologico annexo e o graphico correspondente, trabalhos organizados pelo assistente da clinica sr. dr. Julio Pinho, illustram de modo

inilludível as variações diárias que se processaram nos elementos morphologicos do sangue do paciente, cujos erythrocytos, para me ater tão somente aos globulos rubros, desceram a 26 de Abril, logo após as primeiras hematémeses, a 2.253.700 por mm³ e posteriormente a 1.891.000, 1.909.600 e 1.240.000 no proprio dia do desfecho fatal.

Calculamos que tenha perdido o nosso doente cerca de 4 1/2 litros de sangue, já pelo vomito como sob a forma de *melæna*; e não pareça descabido esse computo, porquanto intensa se manifestara a renovação sanguinea (objectivada na crise hematoblastica), havendo mesmo, na literatura medica, uma observação archivada na *Pratica da Medicina* de W. Osler e feita pelo dr. G. Ross no *Montreal General Hospital*, em que o paciente perdeu, em 7 dias, exactamente 10 litros de sangue por gastrorrhagias.

Não nos descuidámos de fazer, no nosso caso clinico, o exame histologico da medulla ossea, preparando esfregaços que revelaram ao interno sr. doutorando Bittencourt (a quem devo toda a serie de exames hematologicos a que me venho referindo) a seguinte percentagem, deduzida da contagem de 1.200 cellulas:

Pequenos lymphocytos	63,74%
Grandes lymphocytos	7,18
Myelocytos	11,18
Formas de transição	1,26
Normoblastos	12,00
Microblastos	2,84
Megaloblastos	1,80
	<hr/>
	100,00

Antes de terminar estas considerações, que quizeramos menos enfadonhas, cumpre-nos aventar a questão do auxilio cirurgico em quanto se revela impotente a therapeutica puramente medica, ao defrontar-se o clinico com hematêmeses quasi fulminantes ou subintrantes, ameaçadoras eminentemente do jogo harmonico da saúde e da vida.

É nossa convicção, e bem funda, que cabe ao medico, em casos de tal jaez, ouvir sem delongas o opinar do cirurgião, de modo tal que se promptifique este para a intervenção armada, caso se repitam as hematêmeses; e, assim pensando, foi que convocamos, em torno do nosso enfermo, alguns dos collegas cirurgiões que ora nos ouvem, os quaes todos se recusaram á tarefa, julgada improficua e pois ingloria, por isso que aos estigmas histologicos das hemorragias profusas, accrescia, no caso em questão, um estado verdadeiro de miseria physiologica.

E não é verdade que, terminada a necropsia, se tornou evidente o valor da decisão negativa dos collegas cirurgiões consultados, uma vez bem verificado que se assestavam na porção chamada inoperavel do esophago a mór parte das varizes? Seria totalmente improficua, dir-se-á, a operação.

Mas, perguntariamos, por nosso turno: Não seria talvez util o praticar-se uma fistula gastrica para a nutrição do enfermo, posto em repouso longo o esophago doente, assim menos susceptivel de sangrar?

Quer nos parecer que sim e, nada aproveitasse embora a aggressão defensiva da cirurgia, menos inquieta se arguiria a consciencia do clinico pela certeza,

quasi absoluta, de haver utilizado em pról de seu doente todos os recursos da sciência e da pratica medica do momento.

Vibramos assim, em unísono, com o colendo mestre Dieulafoy, quando postificava:

«Um doente que vomita, de uma só vez e subitamente, meio litro, ou mais de sangue, principalmente si taes vomitos hemáticos se repetirem duas ou tres vezes em 24 horas, é um doente que está em risco de succumbir si não fôr operado em tempo». «Não ha um instante a perder, urge operar. Agir de outro modo, tergiversar, temporisar, é expôr o doente à morte».

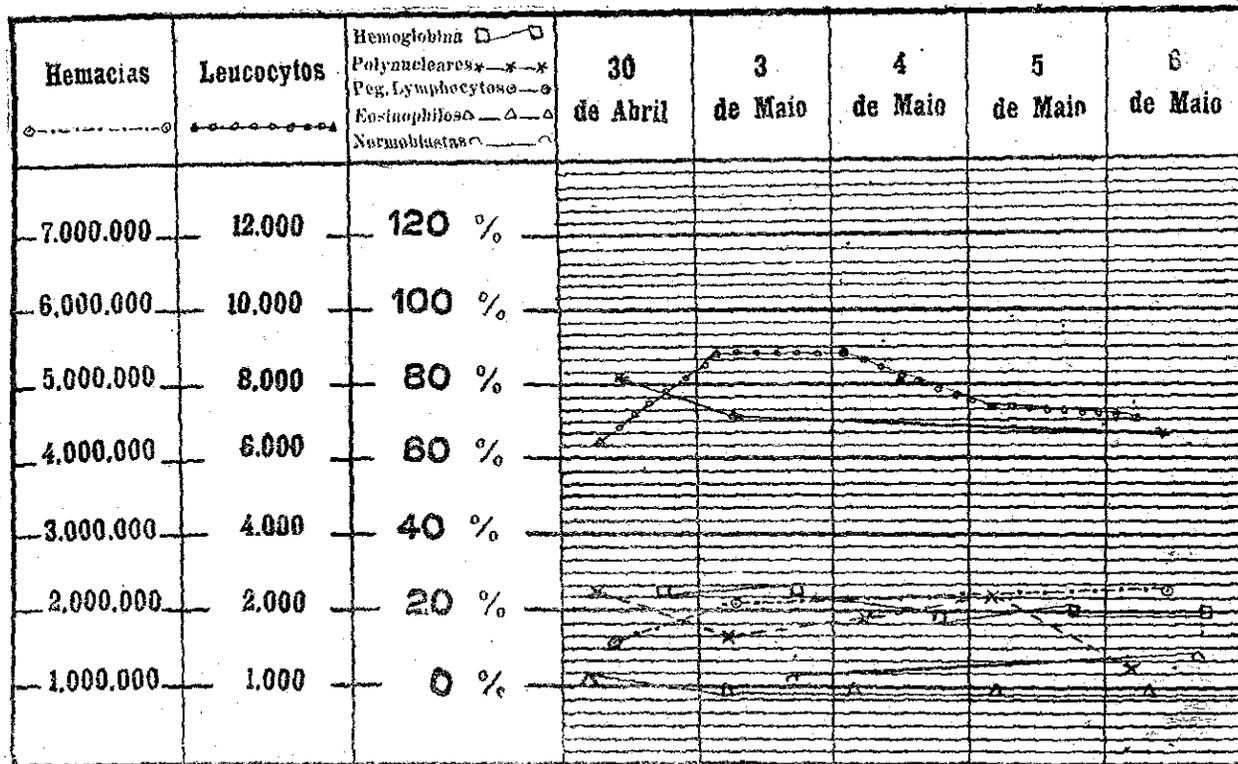
JOÃO FROES.

QUADRO HEMATIMETRICO

Artaldo Jorge Franco, 24 annos, branco—Enfermaria S. Vicente, leito numero 40
(Clinica do professor Dr. Joao Frezes)

	30 de Abril	3 de Maio	4 de Maio	5 de Maio	6 de Maio
— 1915 —					
Hemacias	2 253.700	1.891.000	1.909.600	2.139.000	1.240.000
Leucocytos	6.500	8.680	8.680	7.440	6.820
Relação globular	11 : 346 h.	11 : 219 h.	11 : 220 h.	11 : 287 h.	11 : 181 h.
Hemoglobina	25 % ₁₀	25 % ₁₀	20 % ₁₀	20 % ₁₀	20 % ₁₀
Valor globular	0,55	0,66	0,52	0,46	0,80
Polynucleares neutrophilos	81,6 %	72,0 %	—	—	333
Eosinophilos	0,3 %	—	—	—	—
Mononucleares	0,6 %	1,4 %	—	—	15
Grandes lymphocytes	3,5 %	1,0 %	—	—	5
Pequenos lymphocytes	12,0 %	20,6 %	—	—	122
Formas de transição	2,0 %	5,0 %	—	—	20
Hemacias nucleadas: normoblastos	—	2	—	—	30
Formula neutrophila de Arneth.	I II III IV V	I II III IV V	I II III IV V	I II III IV V	I II III IV V
	4 27 42 22 5	10 25 35 23 7	1,1	5 22 17 20 6	1,4
Quociente do desvio	1,08	1,1	—	—	—
	Sangue do vomito	Ha poikilocytose	Ha poikilocytose	Ha poikilocytose	Ha poikilocytose
	muito Hemacias	anisocytose e	anisocytose e	anisocytose e	anisocytose e
	775.000 Leucocytes 4525	crise hemato-	crise hemato-	crise hemato-	crise hemato-
		blastica.	blastica.	blastica.	blastica.

Quadro organizado pelo sr. dr. Julio Soares de Paiva



Diagnostico : Hematêmeses profundas por varizes esophago-gastricas, de origem hepatica (cirrose atrophica do figado)

N. B. - Este graphico foi organizado pelo assistente snr. Dr. Julio Soares de Pinho.

Depois da leitura dessa comunicação o presidente annuncia sua discussão.

Pede a palavra o dr. Clementino Fraga que relembra um caso semelhante, em sua clinica particular, cuja terminação se deu pela morte devida a hematómeses profusas, sendo que na primeira hematómese o doente perdeu mais de dous litros de sangue.

O dr. Fraga refere-se ás cyrroses que determinam hemorragias, discute em seguida a etiopathogenia desses accidentes ligados a hypertensão porta e procura, então, frisar o facto de se encontrarem as mais copiosas hemorragias nos casos de cyrroses anasciticas como no do illustrado professor Fróes, e casos em que o derramen peritoneal é pequeno e insignificante como no do professor Fraga, pertencente a sua clinica particular.

Termina por dar parabens ao dr. Fróes, por essa brilhante comunicação, completa, sob o ponto de vista clinico, como ainda pelas provas fornecidas pelo laboratorio.

Considerações sobre a Piedra acompanhadas de algumas observações e seu tratamento.

Pelo **Dr. OCTAVIO TORRES**
Preparador e livre docente de pathologia geral

Tendo apresentado o anno passado uma communição á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia, de tres casos de *piedra*, dous em mulheres e um em homem, foi despertada a lembrança desta mycose, de

mancira que do fim do anno p. p. a esta parte pudemos reunir, graças á gentileza de diversos clinicos e estudantes de medicina um grande numero de observações (14), que veem demonstrar quanto a molestia é commum entre nós.

O numero de casos que conseguimos reunir após esta comunicação obrigou-nos a escrever estas ligeiras considerações.

A *pedra* é uma molestia parasitaria que ataca de preferencia os cabellos da cabeça, muito commum entre nós (Bahia), principalmente nos individuos jovens e que se apresenta sob a forma de pequenissimos nodulos escuros ou negros, duros e resistentes e por esse caracter chamada de *pedra* (*pèdra*), na Columbia, lugar onde a molestia foi observada com maior frequencia, JUHEL-RENOY propoz para a mycose o nome de *trychomycose nodullar* e VUILLEMIN o de *trychosporia*

Descrita por PEDRO SEVERIANO DE MAGALHÃES, no Rio de Janeiro, em 1901, foi esta affecção observada e estudada, na Bahia, pela primeira vez, em 1907, pelos distinctissimos e illustrados professores da nossa Faculdade de Medicina Drs. GONÇALO MONIZ e PRADO VALLADARES, que apresentaram uma comunicação acompanhada de 6 casos, ao 6.º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, reunido em S. Paulo, em 1907.

Foi muito bem estudada pelo DR. PAULO HORTA, illustrado assistente do «Instituto Oswaldo Cruz», que escreveu uma esplendida monographia sobre o assumpto, tendo obtido culturas do cogumelo producto, não só de casos seus, observados no Rio de

Janeiro, como de cabellos de observações do DR. GONÇALO MONIZ, que lhe foram enviadas.

Na Columbia a affecção é mais commum entre as mulheres jovens; aqui no Brazil porém, têm-se observado justamente o contrario, sendo mais atacados os individuos jovens do sexo masculino e nas publicações feitas sobre o assumpto concorrem com maior numero a classe dos estudantes.

O DR. PAULO HORTA na sua bem elaborada monographia cita 3 casos observados em individuos do sexo feminino.

Na Bahia, porém, não temos noticia de ter sido observada em mulheres, anteriormente aos dois casos de observação pessoal que apresentamos á Sociedade Medica dos Hospitales, tendo conhecimento de um terceiro caso observado pelo DR. JOÃO PONDE, illustrado clinico nesta Capital, que não conseguiu obter da portadora alguns fios de cabelo para serem estudados. A estes casos temos que juntar mais um que observamos este anno.

Nos cabellos dos individuos do sexo masculino os nodulos são de ordinario em numero variavel, de 2 ou 3 ou em series de 4 ou 5, á vista desarmada.

Observado o cabelo, porém, com uma lente vemos um maior numero de pequenos nodulos que são situados todos, mais frequentemente no terço externo do cabelo, na extremidade distal da sua inserção no couro cabelludo.

Parece que a affecção ainda não foi observada, entre nós, no cabelo dos individuos de côr preta.

Não tínhamos noticias de haver alguma observação em individuos brancos, nos quaes fossem atacados os pellos do bigode ou da barba, como se tem notado na Europa, porém o DR. JOÃO FRÓES, illustrado e distincto professor de Clinica Medica, informou-nos, em sessão da Sociedade, ter observado um caso da affecção localizada nos bigodes de um estudante de direito.

Os nodulos duros, resistentes, de dimensões variaveis, são as vezes enormes attingindo 0,0001 (millimetro) de comprimento, como na observação n.º 1 de E. T. de um individuo do sexo masculino.

O que havia de interessante nas duas observações de individuos do sexo feminino, que apresentamos á Sociedade, era a quantidade collossal de nodulos em cada fio de cabello.

Os nodulos produzem attrito apreciavel quando se apertam os cabellos entre os dedos ou no acto de penteal-os.

Os pequenos nodulos apresentam-se sob a forma de um lindo mosaico, que é o resultado da compressão das hyphas mycelianas, formado por corpusculos de varios tamanhos, uns redondos, outros ellipticos, ovaes e ainda outros polyedricos, irregulares.

As hyphas terminam-se de ordinario por elementos menores e ovaes.

Entre as hyphas que se dichotomisam e os elementos do mycelio existe uma especie de cimento, substancia glutinosa, que dá a côr escura ao nodulo.

Para apreciarmos este aspecto nos nodulos maiores é preciso fazermos uma dissociação pela potassa

caustica a 40 % ou pelo azul lactico (*bleu coton Poirrier C. A B* e acido lactico puro), que tem a vantagem este ultimo processo de corar ao mesmo tempo o nodule.

Nos nodulos assim dissociados vêmos kystos, que foram muito bem estudados pelo DR. PAULO HORTA.

As preparações da cultura de piedra em meio glycosado de Sabouraud ou melhor no meio maltosado, porquanto neste ultimo o cogumelo desenvolve-se mais rapidamente, apresentam o mesmo aspecto que as do nodule de piedra.

O parasita desenvolve-se em uma colonia dura, muito resistente á agulha de platina, adherente ao meio e de côr variavel conforme a idade da colonia.

A côr das colonias é igual á do nodule de piedra, assim como a segmentação do mycelio das colonias em cultura adulta é perfeitamente identica a do pequeno nodule do cabelo em inicio de crescimento.

Obtivemos culturas de algumas observações.

Para curar esta affecção parasitaria era geralmente usado cortar o cabelo um pouco baixo, á escovinha, como vulgarmente se diz.

Era ainda estudante quando tivemos occasião de observar os primeiros casos de piedra entre nós.

Foram collegas de serie, entre os quaes um mestiço, nos quaes a affecção foi diagnosticada pelo illustrado professor de Clínica Medica DR. PRADO VALLADARES e parasitologicamente estudada pelo DR. GONÇALO MONIZ, competente e abalisado professor

de Pathologia Geral, que naquella occasião fazia estudos microbiologicos no «Instituto Alfredo Britto».

O DR. GONÇALO MONIZ conseguiu isolar o parasita em meio de Sabouraud, obtendo constantemente culturas identicas ás colonias redondas e negras tambem obtidas por PAULO HORTA, EDUARDO RABELLO e LINDENBERG, mas taes culturas differiam tanto das descriptas por JUHEL RENOY e outros observadores, que GONÇALO MONIZ suppoz que se tratava não do agente productor da piedra, mas de algum cogumelo extranho, de alguma impureza, obstinando-se, sem jamais alcançal-o, conseguir culturas iguaes ás descriptas nas publicações sobre o assumpto.

Outros trabalhos fizeram-no interromper os seus estudos a tal respeito, sem ter chegado a uma conclusão sobre esse ponto.

Mais tarde, porém, appareceram publicados, nas "Memorias do Instituto Oswaldo Cruz", estudos minuciosos, feitos pelo Dr. PAULO HORTA, sobre cultura, isolamento, etc., não só de casos observados pessoalmente no Rio de Janeiro pelo autor da publicação e EDUARDO RABELLO, como de alguns dos casos de GONÇALO MONIZ, que lhe enviou material, ficando estabelecida a existencia no Brazil de uma nova forma especial de piedra, differente da columbiana e da européa, e caracterizada justamente pelas culturas com o aspecto já descripto.

Alguns estudantes, os primeiros casos diagnosticados, cortavam o cabello muito baixo, outros, porém, não quizeram se sujeitar a este tratamento e empregaram

solução de sublimado a 1/1000, lavando a cabeça com a solução e enxugando ligeiramente.

Esta solução é perigosa e determina uma irritação do couro cabeludo, principalmente nas pessoas que têm a pelle delicada.

Não podíamos aconselhar o corte dos cabellos ás doentes das nossas observações, não só pela extensão da affecção que obrigaria a cortar os cabellos muito rente, como porque ellas não se sujeitariam a semelhante tratamento.

Empregamos então com esplendidos resultados o acido salicylico em solução alcoolica, porquanto já tínhamos noticias do seu emprego nesta affecção.

A formula empregada em todos os casos, que se seguem, foi a mesma tendo todos ficado curados. Eis a formula:

Acido salicylico	5 grammas
Alcool absoluto.	100 c. c.

Aconselhamos aos pacientes molharem um pente de chifre na solução acima e pentear os cabellos após o banho ou lavar a cabeça.

Explicamos a acção da solução da seguinte forma: o alcool absoluto dissolve as gorduras do cabello, evapora-se e deixa em contacto com o mycelio do cogumelo, o nodulo de piedra, o acido salicylico, que depois de retiradas as substancias gordurosas actua directamente como uma poeira muito fina, adherente ao nodulo.

Como parasiticida, que é, o acido salicylico dissocia o nodulo destruindo a substancia glutinosa exis-

tente entre as hyphas e os articulos do cogumelo, desaggregando-o e matando-o.

Todos os casos de observações abaixo transcriptas foram tratados pela mesma solução, sendo o tratamento mais ou menos demorado conforme o tamanho do nódulo e a extensão da infecção.

Convem notar que o acido salicylico, empregado como dissemos acima, não produz alteração estructural alguma nos cabellos.

Obtivemos culturas de alguns dos casos em meio glycosado de Sabouraud e em todos o diagnostico foi feito microscopicamente.

As culturas conservam-se durante bastante tempo, e conseguimos repicar com resultado tubos de mais de cinco mezes de idade.

Para obtermos culturas dos nodulos de piedra provenientes de cabellos, procedemos do seguinte modo: com tezoura chamuscada cortamos em pequenos pedaços as partes do cabello, que contem os nodulos deixando estes cahirem em um vidro de relógio contendo um pouco de ether sulfurico. Assim que este se evapora, no fim de 5 a 10 minutos, com o fio de platina semeavamos cinco, seis nodulos em cada tubo, obtendo no fim de oito ou dez dias o desenvolvimento do cogumelo.

Pensamos que a contaminação dos individuos do sexo feminino tenha-se dado ou por meio de pentes e objectos outros de toucador, que tinham sido utilizados por individuos portadores de piedra ou então recostando a cabeça nas almofadínhas ou panos

existentes nas cabeceiras das cadeiras de balanço e outras usadas nas nossas salas de visitas.

Eis as nossas observações: as trez primeiras serviram de motivo á uma comunicação que fizemos á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia; as outras obtidas até Março do corrente anno e nas quaes o diagnostico foi lembrado pela comunicação acima referida.

OBSERVAÇÕES

I—E. F. sexo masculino, 18 annos, estudante de medicina, branco, observado em Maio de 1913.

Apresentava grandes nodulos, de um millimetro de comprimento em series de 2 e 3 no terço externo do cabello.

Grande numero de cabellos parasitados. Obtivemos culturas.

II -D. H., sexo femenino, de côr branca, cabellos castanhos, 16 annos, observação feita em Junho de 1913.

Esta observação é interessantissima.

Em cada cabello que tivemos oportunidade de estudar, em uma porção tendo de dimensão 20 a 30 centimetros (de comprimento), apresentava na media cerca de 200 nodulos de piedra, sendo em alguns cabellos impossivel contar-se.

Com uma lente vê-se que existem nodulos apenas collocados lateralmente no fio, mas de ordinario elles envolvem-no como uma bainha.

Com um maior augmento verifica-se como em preparações que apresentamos á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia, a presença de pequenos nodulos

escuros e adherentes ao cabello, invisiveis á vista desarmada.

Em um pequeno pedaço de cabello de dois centímetros de comprimento observa-se mais de 30 nodulos. O cabello dá a impressão de que estivesse adherente poeira ou como muito bem comparou um doente do DR. PAULO HORTA, no Rio de Janeiro, parece que passaram pixe nos cabellos. Pensamos que não havia cabello sem ser parazitado, porquanto nos que nos foi dado observar encontramos sempre nodulos.

Não fizemos culturas, mas o diagnostico foi feito microscopicamente.

III—A. M. sexo femenino, 18 annos, branca, cabellos castanhos, observada em Junho de 1913.

O cabello desta mocinha não estava tão parazitado como o da observação anterior, mas consegue-se contar em alguns cabellos mais de 50 nodulos.

Os nodulos neste caso são maiores, attingindo a meio millimetro de comprimento.

O diagnostico foi feito microscopicamente.

As observações que seguem foram feitas após a comunicação destes 3 casos.

IV—J. B. S. branco, professor publico, 20 annos, cabellos pretos, observado em 27 de Novembro de 1914. Alguns cabellos parazitados tendo um e raramente dous nodulos muito pequenos. Obtivemos culturas.

V—E. A. O. branco, estudante de medicina, 20 annos, cabellos castanhos, observado em 2 de Dezembro de 1914, morando na mesma casa que o individuo da observação anterior,

Nota-se em alguns cabellos cinco, seis pequenos nodulos e em outros dous e tres grandes nodulos. Grande porção de cabellos parazitados.

VI—F. B. S., sexo feminino, alva, cabellos castanhos, 30 annos de idade, observada em 30-XI-914 e residente na mesma casa que os individuos das duas observações anteriores. Os cabellos mais parazitados chegam a ter cinco ou seis nodulos por fio e a infecção não é muito accentuada, porquanto nos cabellos que foram fornecidos para estudos existem muitos que não contém parazita.

Fizemos exames microscopicos.

VII—A. M. S., estudante de medicina, branco, cabellos castanhos, observado em 22-XII-914. Grande porção de cabellos parazitados contendo um e dois nodulos no terço distal.

VIII—H. R. C., estudante de medicina, 22 annos, branco, cabellos castanhos, observado em 12-XII-914. Numero extraordinario de cabellos parazitados, contendo dous e tres nodulos em cada cabello. Obtivemos culturas e fizemos exame microscopico.

IV—S. A., estudante de medicina, branco, cabellos castanhos claros, 25 annos, observado em 8-XII-914. Alguns cabellos parazitados contendo um grande nodule bem visivel e muito espaçados dous e tres muito pequenos. Fizemos exame microscopico somente.

X—A. C. P., estudante de medicina, 22 annos, branco (alvo) cabellos pretos, observado em 13-I-914. Numero extraordinario de cabellos parazitados. Cada cabello tem dous ou tres grandes nodulos, diversos pequenos. Contou-nos este paciente, que, conversando com o ca-

bellereiro, que lhe corta o cabelo, elle dissera, que na sua casa vão muitas pessoas com esta molestia.

Obtivemos culturas e fizemos exames microscopicos.

XI—J. F., estudante de engenharia, branco, 22 annos, cabellos castanhos. Grande numero de cabellos parazitados e cada cabelo contendo cinco a seis grandes nodulos e oito ou dez pequenos. Fizemos exame microscopico.

XII—D. P., branco, estudante de medicina, 28 annos, cabellos pretos, observado em 12-II-915. — Numero extraordinario de cabellos parazitados, parecendo-nos que não havia cabelo que não contivesse nodulos. Cada cabelo contem dous a tres grandes nodulos. Fizemos exames microscopicos, não obtivemos culturas.

XIII—E. S. P., estudante de medicina, branco, 21 annos, cabellos pretos, observado em 15-II-915. — Grande numero de cabellos parazitados, contendo cada fio 2 a 3 grandes nodulos. — Fizemos exames microscopicos.

XIV—Dr. F. B. C., 25 annos, branco, medico, cabellos pretos, observado em 10-III-915. Grande numero de cabellos parazitados, principalmente do lado direito da cabeça, tendo 4 e 5 grandes nodulos em cada fio. Foi feito exame microscopico.

Bahia, Maio de 1915.

ASSOCIAÇÕES MEDICAS

SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES

Sessão de 16 de Maio

Sobre um caso de mastoidite de Bezold na creança.— O Dr. Eduardo de Moraes, após algumas considerações

sobre a importancia da otologia moderna e os perigos que podem apresentar as lesões do ouvido quando não recebem em tempo opportuno, como no caso que vae apresentar, um tratamento conveniente, expõe a sua observação sobre um caso bem caracterizado de mastoidite de Bezold, numa creança de seis mezes de idade.

Apresenta a creancinha ainda em tratamento da intervenção cirurgica que lhe fora praticada e cujo resultado final se annunciava como devendo ser muito favoravel.

Discute a possibilidade da producção desta forma de mastoidite na creança e cita opiniões de auctores estrangeiros, como Denker e Escat, que não admittem a possibilidade de sua realisação e de outros como Laurens e Luc que a consideram como extremamente rara.

Acceita esta ultima opinião, porque realmente a constituição anatomica da apophyse mastoide, antes do seu completo desenvolvimento não favorece, ao contrario, deve antes tornar muito difficil a propagação do pús, primitivamente localizado no antro mastoideu, para o lado da ponta da apophyse.

Muito mais facilmente se poderá verificar este facto no individuo adulto onde se deu a rarefacção da apophyse, com a formação das cellulas mastoideas, sobretudo quando ellas se tornam mais abundantes, nas regiões visinhas do vertice da mesma.

Mas incontestavelmente o caso pode ser verificado na creança, como prova a sua observação, na qual existia um verdadeiro abcesso ossifluente da ponta da mastoide, seguido de uma abundante collecção puru-

lenta que se fazia para traz do musculo sterno-cleido-mastoideu, em região profunda do pescoço, distante seguramente dois a tres centímetros da inserção deste musculo.

Notava-se, alem disto, a existencia de uma segunda collecção purulenta, cuja communicacão com a primeira era incontestavel, superficialmente collocada, logo abaixo da pelle, mas em região mais distante do pescoço, nas visinhanças da região infrahyoidiana.

Refere-se o Dr. Moraes ao modo por que realison o seu diagnostico, plenamente confirmado pela operacão, á verificacão da otite média purulenta, das tumefacções encontradas para o lado do pescoço, perfeitamente ligadas á suppuração da caixa do tympano e em franca communicacão com esta ultima cavidade, conforme se podia bem verificar fazendo pressão sobre a pelle, o que dava logar a um jorro abundante de pús através do conducto auditivo externo.

Fala em seguida o Dr. Moraes sobre os differentes aspectos que pode revestir a mastoidite de Bezold, de accordo com o ponto para onde mais facilmente se fizer a drenagem do pús em differentes regiões do pescoço e sobre a gravidade excepcional que reveste muitos destes casos.

Descreve, para terminar, a intervençao cirurgica praticada, que consistiu na trepanaçao da mastoide, curetagem do antro e da ponta da apophyse e contra-abertura do abcesso cervical.

O Dr. Cesario de Andrade diz abster-se de discutir a questao da possibilidade da mastoidite de Bezold na

idade infantil, muito embora entenda que os argumentos de ordem anatomica, em que se fundam os auctores para evidenciar, em absoluto, a impossibilidade de sua existencia na creança, não satisfaçam plenamente.

E' sua intenção, entretanto, despertar a atenção para uma affecção, frequente nas creanças, estudada com muita claresa, por Gillette em 1867, e actualmente um tanto esquecida dos auctores classicos.

Refere-se a infecção aguda ou chronica dos ganglios pre-vertebraes da região cervical, profundos ou superficiaes, offerecendo a feição clinica do adenophlegmão e coincidindo simultaneamente com uma otite media suppurada.

A etio-pathogenia dessas adenites, muitas vezes generalisadas, reside no facto de que esses ganglios pre-rachidianos são as terminações da grande arvore lymphatica das primeiras vias respiratorias: bocca, fossas nasaes, pharynge superior e rhyno-pharynge, que, por isso mesmo, explica a simultaneidade possivel da infecção da rêde ganglionar cervical e do ouvido medio, esta ultima por intermedio do conducto de Eustachio.

De facto, as diversas lesões das mucosas bucco-naso-pharyngéa são pontos de partida de germens pyogenicos, como o pneumococcus, estaphylococcus e, sobretudo, o estaphylococcus, para uma infecção mais longinqua, realisada a custa desse mesmo systema lymphatico.

E, comprehende-se perfeitamente que estando as creanças mais sujeitas, que os adultos, ás febres eruptivas com localisações naso-pharyngeas, as

anginas e erosões bucco-pharyngeanas do lymphatismo, estão, por esse mesmo facto, mais expostas a esta affecção.

E bem de vêr, que a concomitancia das duas affecções, otite media suppurada e a adenite cervical, na creança, principalmente, pode, á primeira vista, estabelecer a confusão no diagnostico com a mastoidite de Bezold, tanto mais quando o signal de *Luc.*, que consiste na expulsão do pús pelo conducto auditivo externo á pressão exercida sobre o empastamento sub-mastoidiano, tido como principal e caracterizador do typo Bezold, não o é, de facto, pathognomónico, uma vez que tal signal se pode verificar independente da existencia de um trajecto fistuloso através da apophyse mastoide, na sua porção infero-interna, e, que, certamente caracteriza aquella modalidade clinica das mastoidites.

As observações de Rossi e Gerard — Marchand, referidas pelo proprio *Luc.* provam cabalmente que o refluxo purulento pelo conducto externo é de factivel realisação, por um trajecto differente, como por exemplo, através do *orificio rasgado posterior* indo ter a um abcesso *extra-dural*, dahi ao antro mastoideu por perfuração do *sinus segmoide* e finalmente ao conducto externo, sem atravessar o tympano.

Poder-se-ia, talvez, objectar que, neste caso, a otoscopia meticulosamente feita, mostraria o trajecto do pús e evidenciaria a perfeita integridade da membrana tympanica.

Mesmo que isso fosse realisavel, embora com difficuldades a vencer, nenhum valor traria o argumento, pelo simples facto de que, no caso de *Rossi*

existia concomitantemente uma otite media em plena suppuração e o facto essencial não residir na localisação da ultima parte do trajecto percorrido pelo pús, que pouco importa ser ou não através da caixa do tympano, a existencia ou não de uma tympanite; o que é mister saber é o facto de que, o pús refluindo no conducto seguiu uma trajectoria que não a da apophyse mastoide doente e fistulada, que caracteriza a Bezold.

Parece, pois, diante destes argumentos, que a confusão do diagnostico da mastoidite de Bezold com a affecção de Gilette é, por vezes, perfeitamente possivel.

Vem a proposito lembrar, continua, que da natureza pathogenica das adenites cervicaes de Gilette é o *adeno-phlegmão* peri-pharyngiano de Fournier, que se valeu de um tal mechanismo de infecção para explicar esses processos morbidos consequentes ás manifestações secundarias e terciarias da syphilis localisadas na amplitude da rêde lymphatica que serve a região *rhano-bucco-pharyngea*.

Dessa maneira pode uma simples placa syphilitica da mucosa buccal determinar por vezes, essa grande affecção, que é o *adeno-phlegmão cervical syphilitico*. Tal foi um caso que, como elle, conhecem de sobêjo os seus dignos collegas Drs. Eduardo de Moraes e Antonio Borja.

Sobre dois casos de estreitamento do esophago.—O Dr. Antonio Borja apresenta á Sociedade um rapaz que, em consequencia da ingestão de lexivia de soda,

soffre de um estreitamento cicatricial do esophago, localizado em um ponto que dista 22 centímetros da arcada dentaria, infranqueavel ás sondas dilatadoras e que não permite a passagem de alimentos solidos nem liquidos.

O paciente, cuja nutrição estava seriamente comprometida, para escapar a morte por inanição teve que submeter-se á alimentação por via rectal, o que indubitavelmente muito concorreu para prolongar-lhe a existencia até o dia em que se realisou, sob os melhores auspicios, a gastrostomia.

Praticando-se esta operação, teve-se um duplo objectivo: abrir-se uma porta para ingresso ás substancias alimenticias e atacar a esthenose esophagica por via retrograda, methodo este que tem dado resultados animadores.

Graças a fistula gastrica, o estado geral do doente tem melhorado consideravelmente e o estreitamento, que era intransponivel, já soffreu as primeiras dilatações retrogradadas.

Em condições identicas, ha cerca de dois annos, o conferencista praticou uma operação de gastrotomia em uma mulher, moça, que, n'uma impulsão suicida, deglutira uma pouca de lexivia de soda caustica, em consequencia de que lhe resultou grave esthenose cicatricial do esophago.

Após a gastrostomia, procedeu-se a dilatação do estreitamento, a principio por via retrograda e depois, de cima para baixo.

Não obstante as melhoras sensiveis locais e o grande augmento do peso, a doente retirou-se do

Hospital com uma fistula gastrica permanente que garante a nutrição quando as crises espasmodicas impede a alimentação *per os* durante dois, tres e mais dias.

O estado actual da enferma é satisfactorio, (sabe-se o Prof. Cezario de Andrade por uma carta que recebeu de pessoa da familia della).

Pondera o orador que a fistula gastrica em taes casos impõe-se como uma operação de urgencia cujo papel immediato é permittir que o paciente se alimente, e, afastado é tratar a esthenose pelos diversos processos de catheterismo retrogrado ou pela dilatação sem fim de Von Hacker.

Tanto no caso apresentado á Sociedade, como no outro a que alludiu, a fistula gastrica conserva-se continente, não obstante ter sido feita pelo processo *commum*. No espirito do operador trabalhou a idéa de fazer a abertura do estomago pequena e tão proxima do cardia quanto possivel. A esse cuidado attribue a perfeita continencia da fistula.

Os processos complicados das fistulas canaliculadas, providas de valvulas e de esphincteres, não podem ser adoptados para esses casos em que se tem por principal escopo fazer uma fistula de character provisório, para dar passagem aos instrumentos prepostos á dilatação do esophago de baixo para cima, através do cardia.

Uma vez conseguido o grau de dilatação que permitta a alimentação pela bocca, a abertura do estomago quasi sempre fecha-se expontaneamente.

O processo seguido foi o *commum*, obedecendo a incisão da parede abdominal ás regras traçadas por Fengers e Labbé e a fixação do estomago á technica de Ferrier.

O Dr. Borja faz allusão ao grande numero de processos de gastrostomia e mostra-se partidario do processo que adoptou por ser o mais simples, de execução rapida, sendo por conseguinte o que mais convem a doentes enfraquecidos e famintos, como de regra são os que padecem de atresias do esophago.

A critica ao processo adoptado foi principalmente a incontinencia da fistula que permite a passagem constante do succo gastrico, cuja acção erosiva vae se fazendo sentir sobre a pelle da parede abdominal que por fim se ulcera.

Crê o Dr. Borja que executada a operação com os cuidados referidos, a fistula simples pode ser continehtë como as obtidas pelos processos os mais complicados, e como documento irrefragavel da verdade deste acerto aponta os dois casos que leva ao conhecimento da Sociedade.

O Prof. Eduardo de Moraes em presença de grande numero de socios pratica a esophagoscopia para ser apreciado o ponto do estreitamento e o seu aspecto.

Sobre um caso de spina-bifida—O Dr. Gonçalves Martins communique o caso de um grande hydrorachis, Spina-bifida rarissimo pelo tamanho.

S. C., de 4 e $\frac{1}{2}$ mezes de idade, branca, de paes robustos, apresentava ao longo do rachis, na região

lombo-sacra, um tumor bastante volumoso, molle, fluctuante e transparente, com algumas cicatrizes de pequenas ulcerações que se formavam de tempos em tempos, forma ovalar, medindo 32 cms. de circumferencia e 14 no seu maior diametro, paralelo ao rachis. Inteiramente liso, não apresentava signal de adherencia da medulla á face interna do sacco. Não sendo completamente sessil, adheria á columna vertebral por uma larga base.

A pelle muito vascularisada. Comprimindo-se o sacco dava-se uma ligeira redução do volume.

Nenhuma perturbação da motilidade, não tinha hydrocephalia e a conformação do craneo era normal.

Nos primeiros tempos houve um prolapso do recto que desapareceu.

Foi operada com resultado, sem ter sido necessario fazer-se myoplastia ou osteoplastia. Nenhum accidente se deu durante a operação.

Cicatrisação *per primum* no setimo dia.

Como houvesse uma pequena ulceração na pelle, devido a tel-a cortado um ponto de crina, pulverisouse uma quantidade minima de iodoformio, o que foi bastante para produzir phenomenos geraes de intoxicação iodoformica, vindo a creancinha a fallecer dois dias depois.

Sessão de 30 de Maio

Placenta previa central total. — “Às 13 horas de 8 de Fevereiro do correute anno dava entrada na Materni-

dade, transportada em automovel, vinda de Boa-Viagem onde reside, M. C. S., parda, casada, com 40 annos de idade, presa de forte hemorragia *ante-partum*.

Seu estado geral era desanimador: grandemente anemiada, pulso fraco, extremidades resfriadas, tonturas, etc. Queixava-se de perdas sanguineas, sobre-vindas, a primeira vez, na noite de 24 de Janeiro, em pleno somno, perdas que não tinham ainda cedido, ora augmentando ou diminuindo.

Feita a asepsia regional, foi praticado o toque vaginal que revelou tratar-se de uma inserção viciosa da placenta (*phénomene du matelas de Gendrin*); cotyledones occupavam toda a area do orificio uterino, em via de dilatação, porém não dilatado sufficientemente para dar passagem ao feto. Procurando explorar o orificio, descollou o communicante a placenta na porção que o marginava, não encontrando membranas, e sim um tecido esponjoso, placentario, o que lhe fez firmar o diagnostico de uma inserção central total.

Grande multipara, em curso do 9.^o mez, na 11.^a gestação, sua observada era, no dizer dos parteiros, uma predisposta á inserção baixa da placenta, devido á endometrite resultante de prenhezess successivas, maxime no caso vertente em que se contam puerperios pathologicos e abortamento.

Gravidez simples e topica. Apresentação cephalica, movel no estreito pelvico superior. Posição esquerda. Feto vivo. Altura do fundo do utero 32 cents. Circ. abd. 92 cents. Ligeiras estrias no abdomen. Nem varises, nem edemas. A pelvimetria accusava uma pequena redução dos diametros, aliás geralmente

observada nas internadas na Maternidade e compatível, todavia, com a progressão do feto pela via pelvica: Bi-esp. 18, Bi-cr. 20, Bi-tr. 27, conj. externo 18. O thermometro marcava 36,°2 e o numero de pulsações se elevava a 130 por m.

Em vista do estado de abatimento da paciente foram feitas, immediatamente após a entrada, uma injeccão endovenosa de 250 c. c. de sôro physiologico e varias de oleo canforado, ether, esparteina.

Começou a intervenção tendo em mente os sabios conselhos de Pinard, que manda, tanto quanto possível, não perfurar a placenta sem, primeiramente, a descollar em sua porção marginal, devendo-se ir em procura da borda placentaria, afim de atacar, de preferencia, as membranas.

Como o orificio uterino era dilatavel, completou a dilatação pelo *processo unimanual*, de Harris, introduzindo, com prudencia, dous, tres, quatro, 5 dedos e, finalmente, a mão.

Descollou a placenta, dirigindo-se para o lado direito e para deante, onde seu limite lhe parecia mais proximo (3 a 4 cents. do orificio). Reconhecendo membranas, descollou-as e as rompeu largamente, visando praticar o *parto methodicamente rapido* por meio da *versão bi polar* de Braxton-Hicks. Rotas as membranas, escoou-se liquido amniotico, diminuindo a pressão por elle exercida, em parte, sobre o segmento inferior.

Praticando manobras combinadas, internas e externas, porém em sentido opposto, consistindo em impellir o pólo fetal inferior (cephalico) para a

esquerda e para cima, e o pólo fetal superior (nade-gas) para a direita e para baixo, tendo a mão direita *in-utero* e a esquerda sobre o abdomen, conseguiu fazer a versão, trazendo á vagina um dos membros inferiores. Procurou com brandura fazer tracções no membro procidente afim de tamponar o orificio uterino com a pelve fetal.

Parteiros ha que aconselham, em ahi chegando, confiar ás forças naturaes a expulsão do feto, principalmente quando o orificio não está de todo dilatado, com receio da ruptura do segmento inferior, muito commum quando a placenta se insere na *zona perigosa* do utero.

Mas, no caso em questão, o cõllo era francamente dilatavel: portanto, afim de salvar o feto, foi auxiliando com tracções brandas, moderadas, a expulsão cormica, o que conseguiu facilmente e em breve espaço de tempo, completando a extracção por meio da manobra de Mauriceau—Pinard.

Extrahido o feto em morte apparente, foi confiado ao interno e reanimado pelos meios empregados habitualmente (banhos quentes e frios alternadamente, flagellações, respiração artificial, tracções da lingua, insuflação de ar nos pulmões, manobras de Depaul, de Schultze etc).

O delivramento artificial manual foi feito immediatamente após a extracção.

Foram praticadas irrigações vaginaes quentes a 48°. Injctaram-se ainda na veia 250 c. c. de sôro physiologico, e, sob a pelle, 3 injecções de ergotina, 2 de óleo canforado, 1 de ether e 1 de cafeina.

Como não cedesse a hemorragia completamente, embora o utero estivesse contrahido (globo de segurança), praticou um tamponamento cervico-vaginal cerrado, a gaze iodoformada, embebida em agua oxygenada adrenalizada. A compressão da aorta abdominal foi feita por mais de uma hora; compressão que Baudelocque sobrinho, já em 1835, considerava um excellente meio, juntamente com o centeio espigado, para sustar as hemorragias do secundamento; actualmente existe o tubo de Momburg que serve para o mesmo fim, comprimindo a aorta. A' inserção placentaria no segmento inferior pouco contractil estão ligadas as perdas sanguineas rebeldes.

No dia immediato ao parto, retirou-se o tampão e se fez uma irrigação vaginal iodada, quente.

O puerperio correu normalmente.

Combateu-se o profundo gráo de anemia por meio de tonicos (quina, ferro, phosphoro etc).

Em 28 de Fevereiro teve alta restabelecida, levando consigo a sua filhinha.

A pathogenia das hemorragias da placenta prévia é explicada por varias theorias. Jacquemier admitte a desigualdade de desenvolvimento entre a placenta e o segmento inferior, com predominio deste principalmente nos 3 ultimos meses da gestação.

Barnes crê justamente o contrario, a placenta é que mais se desenvolve nesta época.

Schröder, Leon Dumas attribuem ao deslissamento, no orificio interno, do pólo inferior do ovo, distendendo, dest'arte, o segmento inferior. Pinard, admittindo a theoria de Schröder, suppõe comtudo, que o pólo inferior do ovo, distendendo fortemente o segmento inferior, produz um *tiraillement* (repuxamento) do chorion, descollando a placenta.

A placenta, no caso observado, era mais ou menos normal, de fórma ovalar. Peso 500 grs. Dimensões 15×18.

O cordão gordo, com 48 cents. de comprimento, inseria-se perto da borda placentaria, facto commum nas inseções viciosas; a sua conformação era normal.

Sobre um caso de Cataracta Natans.— O Dr. Cesario de Andrade apresenta á Sociedade um caso raro de *cataracta natans*; isto é, um caso de cataracta luxada expontaneamente no corpo vitreo.

O crystallino completamente opacificado havia abandonado a sua situação normal a *fossa patellaris*, em consequencia da ruptura total do seu apparelho suspensor, a faixa zonular, e encontrara se mergulhado em pleno humor vitreo. O doente, ao consultar-lhe, dissera que tendo uma cataracta completa, diagnosticada por um especialista em Sergipe, acordara uma manhã surprise por lhe ter voltado a visão, embora um pouco confusa. O retorno relativo de sua visão, de um modo assim inesperado, fê-lo apressar a

sua vinda á esta capital, afim de consultar um especialista.

Examinando-o, verificara, de facto, um crystallino completamente opacificado, porém luxado totalmente, de maneira a realisar por um processo todo expon-taneo, o antigo methodo de operação da cataracta *por abaxamento*, usado desde a mais remota antiguidade até o chamado processo de reclinção e outros que se seguiram com o evolver da cirurgia ocular. Entrando em consideração disse que, nos casos dessa natureza deve, á sua maneira de vêr, limitar o cirurgião a sua acção, á simples correccção do vicio de refração existente e consequente á *aphakia*.

Essa correccção varia, naturalmente, conforme se trata de uma luxação total ou sub-luxação apenas.

A hypermetropia ou a astigmia só, devem merecer attenção no momento, sempre que se trate de uma luxação no vitreo, sem phenomenos de *irido-ciclite* ou *glaucomatosos*.

Todos conhecem o perigo a que está exposto o portador de uma luxação total ou parcial do crystallino, cujo contacto, muita vez, directo e continuo com o corpo ciliar pôde trazer as mais graves consequencias; porém, de outra parte, ninguem desconhece as difficuldades a vencer para a extracção de um crystallino, assim luxado no humor vitreo, operação que só deve ser tentada, nos casos em que a presença do crystallino tornado, por essa maneira, um corpo extranho e prejudicial, tenha dado lugar a phenomenos alarmantes.

Em seguida o Dr. Cesario estuda largamente os factores etio-pathogenicos dessas luxações, sobretudo, a modalidade clinica que offerece o doente objecto de sua communicação, que é sem duvida a mais rara, admittindo como mais accetavel o enfraquecimento senil do systema suspensor do crystallino coincidindo com um estado de supermaturação da cataracta.

Explica como a retração das massas crystalinianas super-amadurecidas podem, exercendo forte tração sobre os ligamentos esclerosados e friaveis, determinar a ruptura e luxação immediata, que tanto se pode realisar no vitreo como na camara anterior.

Terminando fez ainda, o autor da communicação algumas considerações sobre a espontaneidade da luxação total no vitreo, por vezes determinada por um ligeiro movimento de cabeça, o simples acto de ajoelhar-se etc., lembrando a proposito certos casos dessa natureza que tem sido tomados como verdadeiros milagres, accetos de boamente pela credence popular.

Foi, pois, em attenção a raridade do caso, que, depois de o ter feito examinar pelos seus auxiliares da clinica hospitalar, resolveu trazel-o ao conhecimento da Sociedade, que nem toda é composta de especialistas, para os quaes o facto não teria, certamente, aquella importancia.

Perfis Hippocraticos

VII

A neve dos tempos que lhe vae, em condensante garôa, galvanizando de prata a cabeça respeitavel, não logrou ainda arrefecer a incandescencia de um espirito eleito para os misteres da clinica, comprehendida na accepção fanatica do sacerdocio, escoimada de qualquer interesse capaz de tisonar a abnegação com que a pratica, na esphera nobilitante da mais integra e escrupulosa moral scientifica.

Tem-n'a exercido sempre, como hoje, largamente e com brilho, absorvido por ella toda uma longa existencia, jamais distrahido por outra lucubração ou enlevo que o acudir, pressuroso, aos appellos da dôr, para elle anonyma, ouvida pelo mesmo diapasão de ternura com que as almas justas resgatam o soffrimento dos preconceitos da fortuna, á dialyse igual da philanthropia e dos bons principios de humanidade.

Pelo lado scientifico, copioso é o cabedal de que dispõe, fructo de uma educação professional esmerada, refeita nos hospitaes europeus e progressivamente refundida em toda a extensão de uma pratica assidua, minuciosa e analytica, em que o factu clinico por mais occulto e subtil, lhe não costuma escapar á observação penetrante, levando-o, para logo, ao crisól da semiótica, feito crystal, a reflectir na limpidez das aréostas pequeninas toda a grandeza de uma advertencia, ao formular diagnostico, contra a cilada da symptomatologia descoberta, nem por isso menos frivola e enganosa do que a sua propria indiscrição.

Muito teria aproveitado o ensino si lhe viesse á ideia ser professor da Faculdade. Não o sendo, pontifica, contudo, na palestra erudita e instructiva que borda sobre motivos de litteratura ou sciencia.

Physiognomia austera e sisuda, passos quasi apressados, cabeça baixa, de quem vas preocupado, gíngando-a por sobre o corpo meio inclinado, a sobraçar o guarda-chuva inseparavel, ninguem dirá que este perfil taciturno se transfigure ás vezes, na intimidade, no *causeur* attrahente, rico de espirito, com que refere episodios, paraphraseando nos géstos os caricatos protagonistas, graças a. sua verre original e irresistivel.

Qualidade saliente, convem referida, é o seu traço com os collegas, em que ninguem lhe leva a palma no cavalheirismo e na correção. Chega a dizer-se honrado quando estes lhe confiam á desvelada competencia uma pessoa da familia. São os efeitos da modestia excessiva e da suggestiva bondade do notavel esculapio.

Ainda um traço característico de sua biographia clinica: — é impenetravel no prognostico. Oscillando a cabeça num movimento que consolida a esperanza como alimenta a desillusão revela-se, mais uma feita, o medico avisado a quem não mais illudem os caprichos da natureza, cuja infidelidade ás regras da prognose, vê confessada no classico aphorisma: "ha doentes e não doenças".

É um escripto de saber e de virtudes, servido por um bello coração.