

Gazeta Medica da Bahia

FUNDADA EM 1866

DIRECTOR

PROF. DR. ANTONIO PACIFICO PEREIRA

REDACÇÃO

CLEMENTINO FRAGA

Prof. cathedratico de Clinica
Medica

GARCEZ FROES

Prof. cathedratico de Clinica
Medica

OSCAR FREIRE

Prof. cathedratico de
Medicina Legal

GONÇALO MONIZ

Prof. cathedratico de
Pathologia Geral

CAIO MOURA

Prof. cathedratico de
Pathologia Cirurgica

EDUARDO MORAES

Prof. cathedratico de oto-rhino-
laryngologia

MARTAGÃO GESTEIRA

Prof. cathedratico de clinica pediat
rica medica e hygiene infantil

REDACTOR SECRETARIO

DR. ARISTIDES NOVIS

Livre-docente de Physiologia

VOLUME XLIX

BAHIA

LIBRO-TYPOGRAPHIA ALMEIDA

DE

ALMEIDA & IREJÃO

12 - RUA DOS ALGIBEBES 15

1917

GAZETA MEDICA DA BAHIA

Vol. XLIX

JULHO - 1917

N. 1

Syndrome suprarenal no impaludismo (1)

Pelo PROF. CLEMENTINO FRAGA

Em sessão de 17 de Dezembro de 1916, da Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia, tive occasião de apresentar um doente, já em plena convalescença, de insufficiencia suprarenal, em cujo sangue foi verificada a presença de abundantes parasitos da malária, da variedade tropical (*laverania precox* ou *pl. falciparum*).

Era a primeira vez que se me deparava tal occorrença, sendo que a esse tempo não tinha noticia de qualquer publicação nacional ou estrangeira de referencia a manifestações suprarenaes, de character agudo ou chronico, levados ao activo do impaludismo. Considerei pois um aspecto novo da grande parasitose tropical, autorisado pela demonstração insophismavel da existencia do parasito de Laveran no sangue de um doente que apresentava phenomenos clinicos de insufficiencia suprarenal, expressos na asthenia muscular intensa, profunda adynamia, hypothermia, pulso pequeno, instavel e irregular, accentuada hypotensão arterial perturbações do apparelho digestivo, como fossem

(1) Communicação á «American Society Tropical Medicine», de New York.

vomitos, diarrheia, meteorismo, dores abdominaes etc. Dias depois mais um caso occorreu em nosso serviço, fliado á mesma causa e revestindo a mesma physionomia clinica.

Recordo aqui que, quando apresentei o meu primeiro doente á «Sociedade Medica dos Hospitaes», suggeri á da assemblea a possibilidade da lesão da suprarenal no impaludismo, considerando a aggressão facil de varios climas numa molestia, cujo germen elege primitivamente o meio sanguineo, e, portanto, podendo localisar-se promptamente em qualquer districto do organismo. E não será provavel que as formas algida e comatosa representem uma determinação suprarenal da malaria tropical, dada a phenomenologia clinica por que se manifesta, lembrando os symptomas dramaticos da insufficiencia suprarenal aguda?

Acreditava estar só na observação, quando pela leitura dos jornaes medicos americanos (Medical Record de 6 de Janeiro de 1917 e Amer. Journ. of Med. Ass., tambem de Janeiro) verifiquei que Paiseau e Lemaire observaram egualmente, quasi ao mesmo tempo, casos de insufficiencia suprarenal no impaludismo com exame necroscopico em que foi demonstrada a lesão das glandulas.

E' obvio que, ao tempo em que observei os meus doentes, não tinha conhecimento dos casos de Paiseau e Lemaire, maxime no momento actual que as communações transocceanicas só com atrazo se permitem. De Novembro foi o meu primeiro caso apresentado em Dezembro á Sociedade Medica dos Hospitaes e só pelos

jornaes americanos de Janeiro tive noticia do trabalho dos autores francezes.

Aqui resumo as observaões :

I — V. S., 20 annos, preto, solteiro, natural da Bahia, carregador, entrado no Hospital Santa Izabel, enfermaria S. Vicente, a 15 de Novembro de 1916. Estado adynamico, attitude passiva, indifferença, quasi não respondendo ás indagaões anamnesticas. Asthenia muscular pronunciada, hypothermia, pulso pequeno e irregular, vomitos, diarrhêa, dores abdominaes, hypotensão (tensão arterial de 10 mx. e 5 mn. ao oscilometro de Pachon). Augmento do volume do baço, figado pouco augmentado. Reflexos normaes. Nada mais de anormal logrou o exame objectivo nos demais organs. Posta em primeiro logar a suspeita clinica de uma insufficiencia suprarenal foi tentada a medicação opotherapica ao lado dos cardiotonicos e estimulantes. Melhora insignificante; diminuem os vomitos e a diarrhêa, continúa a asthenia muscular intensa. São passados alguns dias e o estado continúa o mesmo. Praticam-se exames complementares, verificando-se no sangue a existencia do hematozoario de Laveran, variedade *falciparum*.

A medicação especifica dá conta do caso, acolytada pela opotherapia. Todos os phenomenos vão desapparecendo: reanima-se o doente, a temperatura volta á normal depois de ter ensaiado elevar-se ás primeiras doses de quinino; a tensão sobe em demanda da cifra normal. Cura completa do doente, que a 23 de Dezembro deixa o Hospital.

II — V. W., branco, solteiro, 21 annos, natural da Allemanha, negociante, domiciliado no Retiro, suburbio da Capital. Entrado em 3 de Janeiro de 1917. Prostração absoluta, abandono no leito, extremidades resfriadas. Apenas accusava a sua nacionalidade e nada mais respondia. Vomitos, diarrhéa, dores abdominaes, pulso pequeno, quasi filiforme, hypothermia (35,6), hypotensão arterial, tendencia a collapso. O exame objectivo apurou apenas o augmento do volume do baço, meteorismo abdominal, dôr na fossa iliaca direita. Fígado de volume normal (13 cent.) tensão mx. 10 e mn. 3, Vaquez.

Feita a medicação de urgencia e desta feita, experimentados pelo caso anterior, tendo em vista o domicilio suspeito do doente, fiz sem demora o exame do sangue, com verificação positiva. A medicação especifica, ao lado da opotherapie conseguiu restabelecer o doente que a 7 de Fevereiro teve alta.

A' vista destes casos e da contribuição de Paiseau e Lemaire, sobretudo preciosa pela documentação anatomica, tenho por demonstrada a lesão das glandulas suprarenaes na malaria, parecendo de todo o ponto razoavel a creação de uma *forma suprarenal do impaludismo*, por mim suggerida á Sociedade Medica dos Hospitaes.

A' guisa da nota previa ahi ficam estas linhas, devendo um de meus internos occupar-se detidamente do assumpto na sua these inaugural.

Parto Abdominal (*)

Pelo Dr. Canna Brasil

Trata-se de uma gestante de 22 annos, preta e solteira, catameniada aos 13 e desde então de regras normaes até a epoca da concepção, que apresentou-se á Maternidade em inicio de trabalho ás 6 e 1/2 horas da manhã de 2 de Março passado.

Estava no fim da sua primeira gravidez.

Feria logo á vista a exiguidade da sua estatura de 1m. 33 cms.

Pelo primeiro exame, vimos que se tratava de uma gravidez a termo, com feto normalmente desenvolvido, em bacia desenvolvida anormalmente.

Um segundo exame se impunha e o fizemos, em pessoa, praticando a pelvimetria externa e a interna possível, achando uma diminuição de seis e tres cms. em cada um dos diametros, comparados á media geral.

Mas como estas conclusões estão á mercê da maneira por que cada observador as vê, tornando-se assim personalissimas e portanto passíveis de falhar, achamos prudente que fosse repetida a pelvimetria e fizemos com que o interno Macêdo Costa a fizesse, sem lhe communicar os resultados já obtidos.

Foram identicos os delle, como tambem os obtidos pelo interno Gelmirez Gomes, o terceiro a medir.

Era uma bacia geralmente e regularmente estreitada.

(*) Communicação á Sociedade Medica dos Hospitales

(*Pelvis equabiliter justo minor*) perfeita miniatura da bacia normal.

Mostramos, a seguir, a extensão media de cada diametro na bacia normal e depois os diametros correspondentes na bacia em questão.

Media na bacia normal: Diametro das espinhas 24 cs; D. das cristas 28; D. troch. 32; D. C. externo 20; D. C. obliquo 12; D. *Conjugata Vera* 10 1/2 cs.

Na bacia da doente: D. das espinhas 18 cs; D. das cristas 22; D. troch 27; D. C. externo 16; D. C. obliquo 9; D. *Conjugata Vera* 7 1/2 centímetros.

Ve-se sem custo que a diminuição geral é de 6 cms. para os diametros da grande bacia e de 3 para os antero-posteriores do estreito superior. Desta sorte a relação que existe entre 24 e 18 (D. das espinhas), entre 28 e 22 (D. das cristas) é precisamente a mesma que existe 12 e 9 (C. obliquo) e 10 1/2 e 7 1/2 (C. *Vera*), donde se conclue não haver achatamento, o que não é o mais commum porque na maioria dos casos, quando ha redução geral dos diametros, com egual etiologia, esta mais se accentúa nos antero-posteriores; formando a bacia chata geralmente estreitada.

A origem desta pelvificiação, á primeira vista, dada a estatura da sua doente, parece que deveria ser attribuida apenas á pequenez, de natureza constitucional, do conjuncto esquelético.

Mas signaes outros percebidos deixaram-nos a suspeita que para logo se tornou certeza, de que aquillo provinha de uma parada de desenvolvimento produzida pelo rachitismo.

De facto esta mulher, filha de paes robustos, apre-

sentava a physionomia especial dos rachíticos, esse «ar de familia» que todos elles possuem, na expressão de Pajot.

Estatura diminuida, articulações nodosas, femurs com ligeira convexidade externa, tibias accentuadamente em «lamina de sabre» de Lanelongue.

Losango de Michaelis de lados pequenos, mas normal.

Membros superiores rectilíneos, com mãos typicas semelhando um tridente, «mãos de tridente» de dedos curtos que os tornam quasi quadrangulares.

Ligeira escoliose dorso-lombar de concavidade direita.

Cabeça com bossas frontaes salientes ou antes, o osso projectado para diante, «fronte olympica», fucies intelligente, e communicativo, rosto pequeno, mãos dentes, crenellados, dentes de Hutchinson.

Não informou em que tempo começou a sua marcha, nem se soffreu alguma interrupção.

Nada sabia da sua infancia, tendo apenas uma vaga recordação de que, em menina, andou com talas em ambas as pernas, signal de que as fracturára.

Já agora podia acrescentar que se tratava de um parto a termo, com feto bem desenvolvido, numa bacia rachitica geral e regularmente estreitada, symetrica, sem achatamento, annellada e não canaliculada, isto é, cujo sacro apresentava-se normalmente escavado.

Uma destas anomalias conhecidas desde Arantius como *difficilis partus praecipua causa*.

Entrada ás 6 h. 50 ms. da manhã de 2 de Março, informando estar em trabalho desde a manhã da vespera, passou todo o dia, a noite e parte do dia immediato, 3, com contracções perfectamente physiologicas.

sem que a cabeça decesse, pois a apresentação era do vertice.

O collo estava desaparecido, e o orificio com dilatação egual a uma moeda de 2\$. Bolsa das aguas integra.

As 13 horas dia 3 as membranas romperam-se espontaneamente e o orificio em media dilatação ja não podia contar para completal-a nem com a parte fetal mantida elevadamente pela bacia mais estreita, não se apoiando nelle, nem mais com a massa liquida que estava agindo sobre a sua orla, impellida pela apresentação.

Dahi em diante, como se verificou mais tarde, a dilatação teve de ficar estacionaria.

Começamos então de ver que o tempo decorrido já tinha importancia para a doente e que o musculo uterino não muito tardaria a soffrer as consequencias desta demora.

Com effeito, algum tempo depois, a fadiga sobreveio e dahi o espaçamento das contracções, estando, pois as portas da inercia e da contracção parcial.

O feto estava vivo. Que fazer agora? O momento da cesareana classica ja havia passado, as membranas estavam rotas e só nos restava, dado que persistissemos no intento, cesareana tardia.

A symphisiotomia era contraindicada porque não contavamos com a dilatação precisa para a segunda intervenção.

O forceps não daria perfeito resultado, pois por um C. V. de 7 1/2 cms. não poderia passar um B. p. de 9. sem despedaçamentos largos.

Depaul e M.^{me} Lachapelle viram um B. p. de fe

a termo vencer a resistencia de um C. V. de 5 1/2, não sabemos em que vicio da bacia. Mas ao lado dessa affirmativa que temos o dever de acatar ha a opinião dogmatica de Fabre e Bar e muitos outros que versa no sentido de affirmarem que nos casos de bacia geralmente estreitada (para não falar em outras pelvivições cuja estenose é mais propiciatoria á parturição) com feto a termo e quando o promonto pubiano medir menos de 9 cms, a dystocia é fatal, e o feto não pode nascer vivo, a therapeutica obstetrica é sempre improfua e a cirurgica formalmente indicada.

Sellheim diz que nas bacias geralmente estreitadas cujo C. V. mede 7c 7m. a extracção não pode se fazer sinão produzindo um traumatismo tão violento e exige uma redução tão forte da cabeça que o feto succumbe ordinariamente, seja durante a extracção, seja algum tempo depois.

Ainda contra o forceps existia a prohibição imposta pela insufficiencia do orificio, o que afinal poderia ser vencido com o emprego da força. Vá que removessesmos este impecilio, e fomos cogitar agora do que poderia acontecer depois.

A estatistica de Pinard, consoante a mortalidade fetal nestes casos, é de 36 % e ao lado dos mortos é impossivel aquilatar o numero dos feridos, que segundo Farabeuf estarão mais tarde susceptiveis de ser attingidos pela syndrome de Little, tornando-se, por lesões mal determinadas dos centros nervosos, individuos mediocres, já do ponto de vista intellectual, mesmo do ponto de vista physico.

Fabre diz que se observam lesões cerebraes em 5 % das creanças tiradas a forceps.

O forceps é rígido e impede a modelagem da cabeça. Durante a introdução movimenta com ella, destruindo um trabalho feito á custa de ingentes esforços uterinos e attrae a parte apprehendida por uma linha recta, segundo a orientação da força empregada e não mais observando aquellas mil attitudes que a sabia natureza imprime á apresentação a descer por um caminho sinuoso.

Teria afinal de sahir e ser vencida qualquer resistencia, porque em ultima instancia, sobrava o recurso ao basiotribo, que as vezes serve para salvar o médico posto no dever de esvasiar o utero, quando não recorresse á secção cesarina já então em pessimas condições.

Pensamos na versão; para isto não era necessario contar com a dilatação completa, ella seria feita, embora violentamente com rotura do collo, pela passagem do tronco.

Mas se não havia liquido amniotico para facilidade das manobras, podendo estas accarretar a rotura do organo?

É isto não era tudo: mal calculadas as dimensões da cabeça, mal conhecida a capacidade do C. V. por mais cuidadosa que fosse a mensuração, dar-se-ia talvez o caso de, depois de expellido o tronco, a manobra de Pinard—Mantel falhar. É então, nem mais a cesariana que se podia fazer depois da echeque do forceps.

O feto estava vivo e comtudo só restaria a basiotripsia sobre a cabeça ultima.

Por todo o exposto, havia indicação para a cesariana abdominal, visto já ir bem longe o tempo em que só se a praticara nas bacias chamadas cirurgicas, isto é, naquellas cujo diâmetro util de Pinard medía menos de 5 centímetros.

Devia fazel-o porque a tendencia actual é ampliar as indicações e tanto que já a vimos prescripta mesmo fora dos vicios da bacia, na placenta previa, na eclampsia e até na procidencia do cordão.

Os auctores dividem as indicações da cesariana em absolutas e relativas: são absolutas quando o C. V. mede menos de 7 cms. nas bacias achatadas; menos de 8 nas achatadas e geralmente estreitadas; menos de 9 (e aqui se enquadra o seu caso) nas geralmente e regularmente estreitadas. São ainda absolutas quando ha tumor pelviano, ou quando ha resistencia insuperavel das partes molles, por cicatrizes ou neoplasias syphiliticas.

São relativas quando se pode discutir sobre a intervenção a empregar, isto é, quando ha probabilidade de chegar-se ao mesmo resultado por meio da versão, do forceps etc.

Resolvida a operação, ás 19 horas da noite de 3, pedimos ao Prof. A. Borja a fineza de assistil-a e guial-a, ao que promptamente accedeu.

Passamos a descrevel-a em largos traços: Duas incisões, uma abdominal, outra uterina, retirada do feto e dos annexos, limpeza da cavidade e duas suturas correspondentes ás incisões.

Tudo isto auxiliado pelos drs. Raul Godinho e Edu-

ardo Bittencourt, os internos Gelmírez Gomes, Macedo Costa e Landelino Falcão e os alumnos do 6.º anno benigno Miranda e Agenor Magalhães.

Para terminar acrescentamos ter ligado as trompas. Foi uma inspiração do momento e fizemo-lo attendendo ás condições do momento de nimia pobreza, de incapacidade physica e intellectual para o trabalho e sobretudo por temores de que doutra feita não encontrasse ou não procurasse a tempo os cuidados com que desta foi cercada.

Seguidas operatorias normaes. Fizemos a drenagem metallica pelo dreno de Mouchotte.

Teve alta no dia 24 de Março, completamente restabelecida, levando comsigo uma filhinha que se chama Cesarina.

Sociedade Medica dos Hospitiaes

Sessão de 27 Maio de 1917

O Doutorando Arlindo Assis lê a seguinte communição.

Mestres e senhores:—A confiança na mesma generosidade que presidiu á ultima de vossas decisões, consentindo que os estudantes vos apresentassem os seus trabalhos, é que me animou a trazer á pro-excellencia de vossas apreciações os resultados de experiencias que de ha algum tempo venho fazendo no Hospital de Isolamento.

Estas experiencias, ou melhor estes ensaios experi-

mentaes buscaram a verificação de factos annunciados por experimentadores estrangeiros e a delimitação concisa de uma theoria recentemente erguida na França por Weill e Mouriquand para explicar variadas syndromes e entidades clinicas: a theoria da carencia alimentar.

Em Julho do anno passado a gentileza patricia do Prof. Fraga norteou-me para taes estudos, esboçando-me simultaneamente o methodo que deviam seguir as experiencias e salientando a sua importancia na etiologia do beriberi.

No Hospital de Isolamento, sob as vistas immediatas do meu claro mestre e particularissimo amigo Prof. Couto Maia e de meus dignos axiliares Drs. Agrippino Barbosa e Eduardo de Araujo comecei a experimentar. Os factos observados pareceram-me deveras interessantes, até porque alguns novos se vieram ajuntar que nos dizem respeito especialmente, fornecendo bases para a explanação do mais controvertido e pendoroso dos nossos problemas: o beriberi.

Desde já porém uma indicação se faz mister: estes resultados não comportam affirmações categoricas e definitivas, pois estão ainda em curso, são os preliminares do que pretendo apresentar como trabalho inaugural para o doutoramento.

Weill e Mouriquand propuzeram, a conselho de Hugouineng, que se denominassem *maladies par carene*, que a euphonia traduz *molestias de carencia*, perturbações originadas «na falta de uma substancia fermento necessaria em doses minimas á nutrição normal». Queriam elles reunir sob esse titulo uma vasta renque

de molestias do homem e dos animaes, dessemelhantes na symptomatologia e na anatomia pathologica aparentadas porem até quase a irmandade na etio-pathogenia e cujo traço definidor consistia no desaparecimento de uma substancia que actuasse sobre a nutrição em geral á moda de fermento, em quantidade infinitesimal. Resumidamente, carencia exprime inanição qualitativa falta de fermentos nutritivos especiaes.

Abrange um grupo numeroso de molestias varias do homem em differentes idades e dos animaes, tocando-se todas ellas em um ponto commum na etio-pathogenia.

As denominadas «substancias-fermentos» existem nas materias alimentares, dellas se apartando em consequencia de manipulações preparatorias ao consumo; a individualização de taes substancias é extremamente difficil na pratica; apenas se suppõem isoladas algumas dentre ellas, aquellas cuja descoberta Funk annunciou em 1911 sob a denominação de «vitaminas».

Facillimo se torna perceber que se incorporassem as molestias de carencia as perturbações determinadas pela subtracção das vitaminas e baptizadas por aquelle sabio de «avitaminoses», comprehendendo o beriberi, o escorbuto, a molestia de Barlow Noeller, o rachitismo, a pellagra, a osteomalacia, a diarrhéa da Cochinchina, a «emmaisadura», o «stijfziekte», o «lamziekte», etc.

É bem de ver que a carencia, mais extensa para além das avitaminoses, comprehende ainda um grande numero de perturbações morbidas observadas em diversas circumstancias da vida, estudando precisamente o nexo existente entre a nutrição e o crescimento individual, impondo modificações profundas nos preceitos de hy-

giene alimentar, modificações essas que assumem por vezes um character colectivo, como a questão do pão de guerra ha pouco tempo em fóco na Europa.

As demonstrações experimentaes da carencia apresentadas por Weill e Mouriquand foram executadas em aves e em mamíferos. As primeiras consistiram em alimentar pombos com cereaes sob diversas formas; nas segundas, nutriam coelhos com legumes tambem variando as condições de administração, seguindo methodo identico na alimentação de gatos com carne. Os meus ensaios emprehenderam sómente a primeira parte, isto é, a experimentação em pombos, nos quaes estudarei a carencia alimentar.

Weill, Mouriquand e Michel tentaram a alimentação de pombos com diversos cereaes; arroz, cevada, trigo, milho, etc. A uns davam o grão completo, isto é, revestido da casca, pericarpio celluloso; a outros administravam-no sem ella; a outros davam o grão completo, mas esterilizado a 120°; alguns finalmente eram nutridos com o grão descascado e esterilizado. Nota-se numa breve parentese, que Eijkman e Grijns haviam já procedido a estudos com alimentos esterilizados.

Os observadores francezes notaram que todos os pombos nutridos com os cereaes completos e intactos se conservavam durante longo prazo de tempo sem denunciar perturbações de nota; mantinham-se em bom estado, andavam e voavam absolutamente bem e se muito não augmentavam de peso, tambem não diminuiam; eram pombos normaes.

Sob os outros modos de alimentação já não se passava

o mesmo e depois de prazo maior ou menor surgia o quadro morbido que Eijkman descreveu em 1890 com o nome de «*polyneuritis gallinarum*». Na *Revue de Médecine* de Janeiro de 1916, Weill e Mouriquand traçaram uma descrição minuciosa da symptomatologia apresentada pelos pombos attingidos dessa molestia. Distinguiram elles perturbações da nutrição geral e perturbações do systema nervoso. Entre as primeiras insístiam nas perturbações do appetite, que diminuia sempre; nas modificações da digestão e do aspecto das fezes, mostrando-se estas ultimas diarrheicas e de coloração variada segundo o alimento administrado; modificações da curva ponderal, que apresentava sempre um decrescimento; finalmente modificações cutaneas, estas de menor importancia e consistindo no eriçamento das pennas, signaes aliás de todo o pombo doente.

As perturbações nervosas foram sempre tardias, apparecendo no minimo depois de 14 dias de alimentação exclusiva com o grão. Faziam-se preceder de symptomas de debilidade geral, de asthenia permanecendo os animaes immoveis. Os symptomas iniciaes attingiram muito frequentemente as patas, que se mostravam dobradas para deante devido á paralysisia dos musculos extensores (os primeiros atacados no beriberi humano); dahi a instabilidade na marcha, quedas e tropeços constantes.

Accentuavam-se estes symptomas para o lado das patas, estendiam-se ás azas que se mostravam enfraquecidas para o vôo, sobrevindo após a sua paralysisia. Dahi para deante appareciam symptomas variaveis, dependentes na maior parte da ascensão da paralysisia:

dysphagia, perturbações respiratorias, etc. a retracção da cabeça, acompanhada de surtos espasmodicos durante os quaes o pombo buscava occupar a primitiva eustase, complicava frequentemente a scena morbida.

A syndrome cerebellar, expressa na marcha circumductiva e unilateral, nas crises successivas de superextensão e lateropulsão da cabeça e do corpo surgiu em grande parte dos casos observados, quase sempre depois da paralysisa, raras vezes simultaneamente: nunca antes. O animal nessas condições executava cabriolas, com accessos giratorios da cabeça, como se observa nos pombos que soffreram a extirpação do cerebello.

Á parte pequenas variantes, o quadro da polyneurite obtida por Weill semelhou até um decalque ao obtido por muitos outros experimentadores em pombos e em gallinhas. Assim foram as observações de Eijkman, de Maurer, de Shiga e Kusama, de Fraser e Stauton, de Vedder e Clark.

Essa é a reproducção experimental do beriberi humano, assumpto longamente debatido, mas sobre o qual numerosass indagações e detidos raciocinios, maxime os de Vedder e Clark, lançaram importantes esclarecimentos.

Ora, esses resultados consegui-os eu seguindo exactamente o methodo aconselhado pelos experimentadores. As ligeiras divergencias encontradas foram sempre de segunda ordem e em nada alteram a comprehensão essencial dos factos.

Comecei pela alimentação com arroz branco polido.

Um pombo foi alimentado com esse arroz, mas a alimentação era feita naturalmente pelo animal, sem intervenção minha. Esta primeira experiência foi sem resultado, porque o pombo não se alimentava depois do terceiro dia e no fim do nono morria de ananção.

Isto determinou a cevagem systemática de todos os pombos em experiência, de modo a evitar assim a erronea crença de le Dantec e Sano que a polyneurite experimental fosse produzida pela inanção.

Nutrimos então pombos com arroz encoberto da casca cellulosa, que tem o nome indigena de *padi*; com esta mesma variedade de arroz, porem esterilizada a 120° durante uma hora e meia; com o arroz branco descascado, polido; com arroz polido e esterilizado.

Dos pombos nutridos com *padi* intacto, nenhum apresentou qualquer modificação de importancia, por leve que fosse. Apenas uma ligeira queda do peso no inicio da experiência; depois este se levantava e se mantinha ou subia mesmo um pouco. Para não citar senão dois exemplos, basta que vos diga que um pombo se manteve nesta alimentação durante 113 dias, sem disturbio e outro nas mesmas condições se manteve 221. Destarte pude estabelecer a insuficiencia do *podi* para determinar o beriberi experimental.

O arroz descascado ou esterilizado produziu sempre a polyneurite nos pombos aos quaes o administrei, da mesma forma que nas experiências de Weill. O periodo de incubação foi sempre mais curto do que o obtido por este autor; com o arroz polido appareciam os primeiros symptomas nervosos no fim de 12 dias a 13, quando Weill, nas mesmas condições obtinha-os em 16 dias.

Referencia especial merecem os resultados da alimentação com o arroz polido e esterilizado, com a qual Weill conseguiu diminuir até 14 dias o periodo da incubação, creando a *supercaencia*: nos meus pombos este periodo de incubação igualou o do proprio arroz polido, por isso que os primeiros symptomas appareciam no fim de 12 dias.

Aparte esta minuscula discordancia, occasionada talvez pela optima qualidade commercial do arroz empregado, toda a *symptomatologia* da *polyneurit* concordou com a obtida fóra de nós, não só por Weill e Mouriquand como por todos os outros observadores que se têm preocupado com a questão e de cujos estudos tenho noticia.

Difficuldades materiaes recentes forçaram-me a substituir o *padi* pelo arroz protegido pela camada de aleurona, pellicula vermelha que o cerca e que os allemães denominam *Silberhäutchen* (pellicula argentea.) É esta variedade conhecida nas ilhas Philippinas com o nome de *pinawa* ou *cured rice*, na classificação de Braddon. O valor nutritivo do *pinawa* é o mesmo que o do *padi*, porque é justamente nesta camada de aleurona que residem as vitaminas do arroz.

A alimentação com o *pinawa* dá os mesmos resultados que a alimentação pelo *padi* ou arroz completo e intacto; os pombos nutridos com *pinawa* 38 dias mostram-se inalterados e tem mesmo augmentado de peso. Contudo estas ultimas observações ainda não se acham completas.

As experiencias realizadas com a cevada e com o

milho têm reproduzido os resultados do arroz. As diferenças residem ainda no periodo de incubação.

A cevada descascada produziu os symptomas iniciaes do beriberi em 15 dias e o desenvolver do quadro morbido em nada differiu do produzido com arroz e do obtido por Weill; a polyneurite foi typica.

O milho esterilizado a 120° durante uma hora e meia mostrou-se capaz de produzir symptomas nervosos semelhantes depois de um periodo da incubação um pouco maior do que o dos alimentos antecedentes; o quadro morbido foi no entanto de todo o ponto identico aos dos outros alimentos.

Parece-me ter chegado a verificar algumas variações no apparecimento dos symptomas polyneuriticos, no periodo de incubação, segundo a intensidade da esterilização; pude encontrar que elle diminue á medida que se prolonga o tempo de esterilização; quanto mais esterilizado o milho, tanto mais rapidamente apparece a polyneurite. O estudo do feijão sobretudo parece confirmar esta asserção.

As esperiencias realizadas com o feijão, ainda muito incompletas só toleram por agora affirmações parciaes; mesmo assim porem, os seus resultados são plenos de interesse. Vou relatal-os brevemente.

Os pombos alimentados methodicamente por cevagen diaria com 30 grammas de feijão completo sem esterilizar apresentam uma diminuição de peso extraordinariamente rapida, baixando por vezes até 180 grammas, ao lado de exaggerada emaciação. Um dos pombos assim nutridos chegou mesmo a morrer, mas sem ter apre-

sentado nunca symptoma algum alem dos preas-signalados.

Os pombos alimentados por cevagem diaria com 30 grammas de feijão completo esterilizado durante uma hora e meia a 120°, apresentam parca diminuição ponderal, mantêm-se regularmente nutridos, com bôa marcha e nenhum disturbio apresentam dentro de 48 dias, que tal é o tempo em que os estou alimentando. Esta observação merece ser muito cuidadosamente prolongada, antes de affirmação exacta.

Os pombos alimentados por cevagem diaria de 30 grammas de feijão completo esterilizado frequentemente, em sessões de hora e meia cada uma, (3 horas), manifestam depois de 25 dias o quadro da polyneurite experimental, com o cortejo symptomatico conhecido.

Esta é a situação actual das minhas experiencias com o feijão; acham-se como vedes, muito incompletas e estudos posteriores deverão integral-as. Aqui se encontram concordando com o character de nota prévia desta communicação.

Outro factio novo a que pude chegar foi a producção da polyneurite beriberica no pombo em consequencia da alimentação com a farinha de mandioca. Aqui não se trata mais de um grão que tenha soffrido a descorticação e que tenha dissipado nisso as suas virtudes beriberifugas. É o productio de um tuberculo, tendo passado por uma serie de manipulações no curso das quaes se despiu daquellas virtudes e por isso está apto para desenvolver — e desenvolve realmente — a polyneurite beriberica, expressão symptomatica de carencia, nesse caso. Não deverei esquecer entretanto que mesmo

nesta orientação já existiam precedentes, bem que incompletos: Grijns experimentara já os efeitos da alimentação exclusiva com a tapioca e com o sagú. Baseado nestas pesquisas, eu pude supôr uma acção semelhante para a farinha, considerando os multiplos processos a que ella é submettida na sua preparação, mencionadamente á demorada acção do calor. Os ensaios experimentaes confirmaram as supposições, mostrando uma polyneurite beriberica typica em pombos depois de 15 dias de alimentação regularmente feita com 30 grammas diarias desse producto. É facil conceber agora como esses resultados aplainam as difficuldades para a explicação do beriberi humano entre nós.

Considerando agora o problema por outra face, cumpre-me assignalar os resultados obtidos quanto á cura da polyneurite experimental pelos cereaes revestidos de casca. Pelo arroz com casca, seria mais prudente avançar; o porque dessa restricção será visto mais tarde.

As curas obtidas foram realmente espantosas. Pombos completamente atingidos da polyneurite experimental, depois de receberem quantidades mesquinhas de *pinawa* (300 grãos as vezes) iam progressivamente apresentando melhoras a principio do estado geral, cessando primeiro a retracção da cabeça, o ultimo symptoma apparecido, depois a dyspnœa, a dysphagia, voltando lentamente a motiidade ás azas e finalmente aos pés, os ultimos a curarem. As partes mais antigas ha mais tempo atingidas são tambem as ultimas a recobrem a normalidade.

O arroz coberto pela camada de aleurona, o *pinawa*, mostrou-se capaz de curar a síndrome apresentada, embora pelos outros cereaes; assim elle curou pombos que tinham recebido a molestia de uma nutrição exclusiva com milho, com feijão e mesmo com farinha; estes ultimos resultados devem ser muito importantes.

A identidade therapeutica a que me acabo de referir é sobremodo impressionante e corresponde incontornavelmente a uma identidade etio-pathogenica.

Ainda um ponto que me resta assignalar é a possibilidade de obter a cura da polyneurite experimental com os outros cereaes completos e intactos, o que vale o firmar a equivalencia curativa dos cereaes. Vamos ainda pouco adiantado nesta via e se em um caso conseguimos curar com milho completo e crú um pombo que apresentara a polyneurite, obtida pela administração de pinawa esteril, em outros dois casos nenhum resultado obtivemos da administração daquelle grão.

Existem por isto numerosas reservas e justas. Sobre esse ponto pretendo fazer um estudo mais demorado.

Resumindo, ao terminar pude trazer uma confirmação ás experiencias que Weill, Mouriquand e Michel executaram em pombos com os cereaes, á excepção do trigo, que nos foi impossivel obter em estado de grão; houve pequeninas diferenças quanto ao periodo de incubação.

Estendi a um dos cereaes mais usados entre nós, o feijão, as asserções de Weill *pro parte*; estes estudos se acham porem muito imperfeitos.

Consegui obter a polyneurite experimental com um dos nossos mais communs: a farinha de mandioca.

Procurei rastrear igualdades etiologicas por igualdades therapeuticas, coonestando com o lapidar aphorisma: «*Naturam morborum curationes ostendunt*».

Lembrei que se devia tentar ampliar a propriedade curativa não só ao arroz, como tambem aos outros cereaes; para aqui trouxe apenas uma observação positiva.

Estes estudos deverão ser continuados e agora acompanhados da verificação histo-pathologica das lesões nervosas, de cuja execução se quiz gentilmente encarregar a habilidade primorosa de Eduardo Araujo.

Ahi ficam as observações que me trouxeram esta vêz.

Bahia-1917

O Doutorando Colombo Spinola lê a seguinte comunicação:

Meus senhores, é para mim motivo de grande desvanecimento o ter a honra de inaugurar a serie, que auguro longa e ininterrupta, de comunicações a esta Sociedade feita pelos alumnos do curso medico de nossa Faculdade.

É tão grande minha satisfação concorrendo para esta nova phase da Sociedade Medica dos Hospitaes, que não tardei em me inscrever para narrar-vos a observação de um caso curioso da Clínica Oto-Rhino-Laryngologica, conhecendo embora muito de perto a fraqueza de meus conceitos e a insignificancia de minha opinião.

Para mim, vascillante ainda, incerto no terreno difficil

dos problemas clínicos.—só advirão vantagens não só pelas luzes de vossas discussões, como também pelo saber de vossas experiencias.

É um caso destacado de minhas observações que servirão de apoio ao trabalho inaugural do fim do anno, caso interessante e não commum de Labyrinthite syphilitica que desejo vos relatar, no intuito de se tornar mais conhecida a observação e de evitar que ella fique, por assim dizer, perdida no corpo da these, uma vez que estas na generalidade dos casos, são muito pouco lidas.

Não desejo abusar de vossa paciencia e por isso deixarei de citar as experimentações e estudos feitos relativamente ao labyrintho desde o notavel Flourens, até as modernas experimentações do Prof. A. Tarretta, da Universidade de Roma, os quaes tendem a esclarecer o valor physiologico do labyrintho posterior, do labyrintho vestibular, do labyrintho não acustico.

Todos sabem que o nervo auditivo se compõe de dois feixes collados, seguindo o mesmo trajecto desde o bulbo até o ouvido interno, porem com funcções diversas: um feixe vestibular distribuindo-se nos canaes semicirculares, no labyrintho posterior, em relação immediata com os phenomenos do equilibrio e um feixe cochlear destinado á cochlea, ao labyrintho anterior em connexão com as percepções auditivas.

Podem apparecer concomitantemente perturbações auditivas e vestibulares, assim como podem ellas existir separadamente.

A observação que vou citar está incluída no primeiro grupo, porque as alterações encontradas para o lado

do órgão da audição, são de pouca importancia, conforme vereis dentro em breve. •

Deixarei propositadamente de estudar cada uma das causas de perturbações do labyrintho posterior (rolha de cerumen, compressões diversas, lesões provocadas por perturbações circulatorias, phlogisticas, degenerativas, neoplasticas, vícios de conformação etc.) e fallarei somente acompanhando o nosso observado, das lesões do labyrintho posterior, não acustico, de origem syphillitica.

Embora Menière considerasse rara a syphillis do ouvido interno, Eugène Felix mostrou em uma interessante monographia, que, a syphillis feria communmente esta parte do ouvido, precoce ou tardiamente, em periodo secundario ou até 40 annos depois do syphilloma inicial.

Aqui mesmo já o meu distincto mestre Prof. Eduardo Moraes tem observado esta molestia mais de uma vez e em nossa these relataremos duas observações verdadeiramente typicas.

No ouvido interno, o diagnostico da localização dos processos morbidos, era até estes ultimos annos considerado como bastante complicado. Entretanto hoje graças ás procuras do Nystagmus provocado, dos estudos de Barany, Babínsky e outros e ás differentes provas clinicas a que podem ser submettidos os doentes, isto se torna senão facil, pelos menos realizavel.

Guiado pelo sabio mestre e distinctissimo amigo Prof. Eduardo Moraes, tive a paciencia de minuciosamente examinar o caso presente, procurando todos os infimos detalhes de pesquisa, e este exame bem cla-

ramente trouxe a convicção de tratar-se de labyrinthite syphilitica.

F. B. 30 annos, preto, lavrador, residente em Umburanas, foi internado na Enfermaria de S. Vicente occupando o leito n. 13, em 17 de Fevereiro de 1917.

De constituição regular, informou não ter paes vivos, ignorando a causa da morte occorrida ha cerca de 6 annos.

Teve quando creança uma molestia eruptiva talvez o sarampo. Teve impaludismo e accusa ter tido ha 10 annos cancos venereos e blenorrhagia.

Teve ulceras nas pernas e queixa-se muito de arthopathias multiplas e dolorosas, as quaes o prenderam ao leito durante longo espaço de tempo. Melhorado deste estado continuou o doente seu trabalho quotidiano e ha mais de 9 mezes começou a sentir perturbações, a principio ligeiras, insignificantes do equilibrio a ponto de interromper momentaneamente um trabalho que havia iniciado, por sentir-se «tonto». Estas crises a principio espaçadas foram se tornando mais frequentes, até que não mais cessaram.

Foi então que o doente procurou o Hospital.

Deu entrada como vimos, em 17 de Fevereiro, para o serviço do Prof. Dr. José Olympio, o qual immediatamente mandou ao gabinete do Prof. Moraes com symptomas claros, evidentes de perturbações labýrinthicas.

Títubeação constante a ponto de necessitar ser conduzido pelo braço do enfermeiro com fortes zumbidos nos ouvidos, tonturas que não lhe permittiam manter o equilibrio senão por minutos.

Disse ter vertigens repetidas, chegando até 3

accessos vertiginosos por dia, seguidos de vomitos, sendo que estas sensações subjectivas se vinham aggravando todos os dias.

Tinha tido já suppuração pelo ouvido esquerdo, a qual cessara ha cerca de 2 annos.

Pelo exame otoscopico notamos do lado esquerdo completa destruição da membrana do tympano com integridade do conducto auditivo.

Lado direito normal, com pequena secreção ceruminosa accumulada logo á entrada do conducto.

O exame rhinoscopico anterior indicou somente ligeira hypertrophia dos cartuchos inferiores.

A marcha, á parte a titubeação, era normal; o torcco seguia o movimento dos membros inferiores; os movimentos dos membros eram coordenados; não tinha tremores nem movimentos involuntarios. Os reflexos eram normaes.

Depois destes exames passei ao do equilibrio estatico.

Ligeiras oscillações com a prova de Romberg com os olhos abertos; ao contrario de olhos fechados tendencia a queda immediata—positivo.

Nas provas de Von Stein, o doente não conseguia se manter na ponta dos pés direito ou esquerdo e era positiva sobre a ponta de cada um dos pés especialmente de olhos fechados.

No exame do equilibrio dynamico procedemos a todas as provas aconselhadas pelo Prof. A Torreta, provas extensissimas que me furtarei de cital-as todas, mostrando resumidamente nestes ichnogrammas o que de mais curioso obtive.

Verão em um destes traçados que na marcha para di-

ante de olhos fechados, tem um desvio manifesto para o lado esquerdo.

Para a pesquisa do «nystagmus thermico» applicamos na prova de Barany, com o oto-calorimetro de Brunings collocando o doente nas posições convenientes.

No exame do canal semi-circular horisontal direito, o olhar dirigido para a esquerda, obtive o nystagmus com 250 cc. d'agua na temperatura de 27°, em 1 minuto e 30 segundos, durando o nystagmus 35''.

No exame do canal semi-circular horisontal esquerdo, o apparecimento do nystagmus deu-se com 200 cc. d'agua na temperatura de 27° com 1 minuto e sensações vertiginosas logo após, com obscurecimento da vista.

Devo declarar que estas provas foram feitas, depois de iniciado o tratamento e, quando o doente apresentava já melhoras muito sensiveis.

Não obstante foram necessarios 250 cc. para a excitação do canal semi-circular horisontal direito, bem acima da quantidade normal e 200 cc. para a excitação do canal semi-circular horisontal esquerdo, explicavel este phenomeno pela destruição do tympano esquerdo e contacto mais íntimo do liquido com a parede do ouvido interno.

Além destes exames que simularam claramente entorpecimento, hypoestesia, perturbações dos canaes semi-circulares em sua funcção, não quiz deixar de trazer ao conhecimento desta Sociedade as provas acumetricas, que não são destituidas de importancia.

Foi assim que junctamente com o Dr. David Bastos, assistente da Clinica, notamos que o signal de Webbes,

com o diapasão de sons graves, lateralizava-se do lado esquerdo, exactamente do lado onde havia existido um processo suppurativo; vimos que o signal de Rinne era positivo de ambos os lados, e que ouvia o doente os batimentos do relógio a distancia de 6 centímetros a esquerda 8 1/2 cent. a direita.

A voz cochichada (chuchotée) era percebida a 43 cent. do lado esquerdo, chegando a perceber a direita até a distancia de 60 cent.; procuramos fazer o catheterismo das trompas de Eustachio para julgarmos de sua permeabilidade: fraca, do lado esquerdo, parecendo haver atresia da trompa por anterior salpingite; franca, livre, do lado direito. Depois destas manobras sentiu o paciente aggravação das vertigens.

Nada de importante no apparatus respiratorio e o circulatorio á parte o augmento de batimentos cardiacos (tachycardia) no momento das crises, é normal. Não tinha febre e a pulsação era de 88 por minuto.

O exame dos olhos revelou integridade dos reflexos pupillares, dos meios transparentes e das membranas profundas do globo, nada sendo encontrado para o lado das papillas.

O exame da urina deu o seguinte resultado:

Volume	1600 cc.
Cor	amarella palida
Cheiro	sui generis
Aspecto	levemente turvo
Sedimento	não existe
Superfície	limpa
Reacção	levemente acida
Densidade	1007

Materiaes solidos.	26,09
Uréa	6,82
Acido urico	0,255
Chloruretos	5,00
Phosphatos	4,40
Albumina	tem 0,30 $\frac{0'}{100}$
Assucar.	não tem
Pigmentos biliares	não tem
Indican	tem
Urobilina	traços.

Exame microscopico: *crystaes de oxalato de calcio*, *cellulas vesicaes e uretraes*, *cylindros finamente granulosos*.

Desta serie extensissima de exames pude concluir que o doente F. B. occupando o leito n.º 13 da Enf. de S. Vicente é um doente de Labyrinthite vestibular dupla e pelas informações do doente, pelo resultado da reacção de Wasserman (positiva) e pelo exito completo obtido com o tratamento ante-luetico não errarei classificando-a de syphilitica.

Affastei a ideia de uma affecção cerebellar porque se existem *symptomas communs ás duas affecções*, existem tambem, segundo o Prof. Dejarine *caracteres differenciaes*.

É de regra o signal de Romberg na Labyrinthite vestibular positivo, e negativo na ataxia cerebellosa; as variações da attitude da cabeça augmentam muito no vestibular o desequilibrio do corpo; a ataxia labyrinthica é uma ataxia estatica, que não modifica os movimentos isolados dos membros, os quaes são sempre perturbados, *dysmetria etc.* nas affecções do cerebello.

Todas estas provas estiveram claramente demonstrando tratar-se de um labyrinthico.

Estabelecido o diagnostico iniciiei o tratamento.

Foi Babinsky quem primeiramente aconselhou a pratica da punção lombar e tracção do liquido cephalo-rachidiano, para combater as differentes perturbações, resultantes de lesões do labyrintho vestibular, conselho recebido por todos os otologistas com grande confiança pela razão da reconhecida e consummada capacidade do auctor.

E, não era para menos, no labyrintho posterior, não acustico, onde a therapeutica otologica até então mostrava-se pouco efficaz, possuia dahí por diante a beneficial therapeutica da rachicentese.

Vemos Weill, Barré e Castinel em Julho de 1909 apresentarem á Sociedade de Oto-Rhino-Laryngologia de Paris, 3 casos de labyrinthites vestibulares, curados com a extracção de 6 cc. de liquido cephalo-rachidiano, aconselhando Molard a extracção de 15 a 20 cc.

Foi esta, meus senhores, ou melhor é esta therapeutica a empregar. Foi, não tão pouco quanto Weill, Barré e Castinel nem tanto quanto Molard mas com a retirada de 10 cc. de liquido cephalo-rachidiano, feita pelo Dr. Vidal da Cunha, ao lado do tratamento geral, anti-syphilitico, que o doente melhorou consideravelmente, com desaparecimento de todos os phenomenos que o perseguiam dia e noite, em todos os logares e em todos os momentos.

Estavam desafogados os canaes semi-circulares e para combater o processo syphilitico localizado no labyrintho membranoso, quatro injeções de neosal-

varsan, associadas as injecções endo-phlebicas de cyanureto de mercurio, restabeleceram o doente de tal maneira que hoje se encontra perfeitamente equilibrado, conforme vêm.

* * *

Quero chamar particularmente a attenção dos illustros membros desta Sociedade para factos importantes e que não convem passarem despercebidos: estas perturbações labyrinthicas, que podem se confundir em parte com a ataxia cerebellosa, mas que é de facil differenciação; a rachicentese, a punção lombar empregada com exito em todos os casos por mim observados e sobretudo a natureza syphilitica da mesma.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia da Bahia

SECCÃO DE 9 DE JUNHO DE 1917

Presidente: PROF. DR. JOÃO FROES.

Secretarios: DR. EUTYCHIO LEAL E PROF. COSTA PINTO.

PROF. OSCAR FREIRE: Communica a installação, na Faculdade de Medicina da Bahia, do curso official de Especialização Medico Legal; o inicio do curso de Technica Policial da *Escola de Policia do Estado* e a apro-

vação da lei ordenando a publicação official dos «*Archivos do Instituto Medico Legal Nina Rodrigues*» na Imprensa Official do Estado.

Faz considerações sobre as vantagens de cada uma dessas conquistas da medicina legal na Bahia, particularmente sobre a criação do curso de especialização na Faculdade de Medicina.

Afirma que a prioridade da criação de um curso especial de medicina legal no Brazil cabe á Faculdade da Bahia.

O Regimento Interno da Faculdade de Medicina da Bahia, approved pela Congregação em 1915 e homologado pelo Conselho Superior do Ensino da Republica e pelo Ministro em Outubro do mesmo anno, diz no seu art. 5.º que «além dos cursos especificados no art. 3.º a Faculdade manterá um curso de especialização medico-legal».

Historia a inserção desse artigo no projecto do Regimento lembrando que a Congregação deliberou em fins de 1916, fosse annunciada por edital a abertura do curso no corrente anno lectivo. Motivos de ordem administrativa demoraram a approvação do programma do curso, de sorte que só agora ponde ser installado o curso de especialização na Faculdade.

PROF. CLEMENTINO FRAGA: Traz mais um documento em favor da affirmativa do Prof. Oscar Freire. Acabva de receber o Regimento Interno da Faculdade de Rio approved em 1915, e as emendas que a Congregação acabava de approvar em sessão de Maio deste anno para serem submettidas ao Conselho Superior do Ensino

Enquanto o Regimento da Bahía, em 1915, dispunha no art. 5.º que a Faculdade manteria um curso de especialização, - do Regimento da Faculdade do Rio nada constava sobre curso de especialização, - e nas emendas que a Faculdade do Rio agora propunha fossem feitas no seu Regimento, havia uma mandando annexar aos cursos professados na Faculdade o de medicina publica.

CRYSTAES DE WESTENHOEFER-ROCHA

PROF. OSCAR FREIRE: Apresenta preparações de sangue retirado de cadáveres em putrefacção contendo numerosos crystaes de Westenhoefer-Rocha, de diversos typos e dimensões. É uma questão scientifica que está na ordem do dia, dada a discussão a respeito tratada na Academia Nacional de Medicina. Recorda os trabalhos do Dr. Belmiro Valverde sobre os crystaes de Westenhoefer-Rocha, lembrando que foi o Dr. Belmiro Valverde quem procurou dar applicação medico-legal ao exame de semelhantes crystaes, como elemento para a chronotanatognose e allude ás contestações do Prof. Dias de Barros, dando idéa do estado actual da discussão.

Desde que teve conhecimento dos trabalhos do Dr. Belmiro Valverde, procurou estudar praticamente a questão no Instituto Nina Rodrigues, suggerindo o assumpto para ponto da these inaugural do Doutorando Enéas Costa.

Reputa ainda prematuro dar conta das vérificações feitas até agora, tanto mais quanto ha pontos em que tem duvidas que está procurando resolver. Opportunamente

o Doutorando Enéas Costa trará á Sociedade o resultado dos seus trabalhos.

No momento, o seu intuito é apenas mostrar preparações contendo, não só crystaes de Westenhoefer, como outros de sangue putrefeito e demonstrar alguns dos principaes caracteres dos crystaes de Westenhoefer, pedindo aos presentes que comparem as preparações obtidas com as gravuras do trabalho do Dr. Valverde, que apresenta.

Aproveita a oportunidade para mostrar uma interessante preparação de sangue e chamar a attenção para um capitulo da Medicina Legal que não tem sido sufficientemente desenvolvido: o concernente aos subsidios que á Medicina Legal pode prestar a Parasitologia. Trata-se de uma preparação de sangue de mórcego, do genero *Phyllostoma*, em que o Prof. Pirajá da Silva encontrou um trypanosoma. A excellente preparação que lhe foi confiada pelo eminente parasitologista bahiano suggeriu a ideia de chamar a attenção para a possibilidade de ser determinada a origem do sangue pela presença eventual de certos parasitos que habitem exclusivamente uma determinada especie de um determinado genero animal.

MORTE SUBITA POR HEMORRHAGIA MENINGEÁ E PULMONAR EM SEGUIDA A UMA FORTE EMOÇÃO

DR. OCTAVIANO PIMENTA: Communica um caso, observado em 1895, de um individuo alcoolata inveterado,

que moirera subitamente (por hemorrhagia meningea e pulmonar) no momento em que era violentamente ameacado de ser espancado por outrem. O orador assistiu ao facto, ponde ver o individuo, no momento da violenta ameaca, cahir, para morrer minutos depois. Remettido o cadaver para o necroterio, teve occasiao de, com o Dr. João Baptista Sá e Oliveira, de saudosa memoria, proceder á necroscopia. Descreve as lesões encontradas, insistindo na existencia de hemorrhagia cerebral pela ruptura da meningea direita, de vestigios de hemorrhagia pulmonar esquerda, de hypertrophia do coração, particularmente do ventriculo esquerdo, de cirrhose atrophica do figado e de lesões claras de arterio-esclerose. Concluiu que a morte fora produzida por hemorrhagia meningea devida á forte emoção que soffrera o paciente e que dera logar a grande affluxo de sangue nos vasos meningeus cuja elasticidade estava muito diminuida pela esclerose.

PROF. OSCAR FREIRE: Reputa a observação interessantissima. A emoção violenta soffrida pelo paciente, o terror que delle se apoderara determinara funda perturbação circulatoria e ao augmento da tensão arterial, talvez já exaggerada naquelle individuo, não resistiram os vasos pathologicamente friaveis.

Para a morte, pois, concorrera o trauma psychico combinado ás concausas preexistentes pathologicas assignaladas. Commenta os dispositivos doCodigo Penal, cuja insufficiencia no particular é patente. Pondera, entretanto, que a questão do traumatismo psychico tem dado logar a exaggeros e pode provocar erros lastimaveis. Define e estuda o trauma psychico

e as condições em que pode ser admittido: trata das difficuldades praticas do diagnostico; mostra o cuidado que se deve ter e os perigos das diagnoses precipitadas alludindo principalmente áquelles casos em que se não encontra no cadaver nenhuma lesão anatomica capaz de explicar o modo por que a emoção agira.

PROF. CLEMENTINO FRAGA: Traz o seu subsidio clinico ao assumpto. Acredita, como o Prof. Oscar Freire, na real importancia das concausas preexistentes pathologicas, para que uma emoção mesmo violenta determinasse a morte. Em individuos com hypertensão permanente os abalos moraes produzem facilmente *ictus* e narra um caso de sua clinica particular, em que hoje está a pensar não tivesse a emoção concorrido para a producção de um *ictus*, que previa e que quasi sob suas vistas se dera.

PROF. GARCEZ FROES: Discute a questão do trauma psychico, narrando varios casos a respeito. Refere-se especialmente á possibilidade da morte por inibição, podendo ser o ponto de partida do reflexo inibidor uma forte emoção. Reconhece, entretanto, quanto é precario no caso o diagnostico, que só poderá basearse na ausencia de qualquer, lesão que possa directa ou indirectamente explicar a morte.

UM NOVO PROCESSO HYMENOSCOPICO

PROF. ALMIR DE OLIVEIRA: Mostra as difficuldades do exame do hymen para a diagnose do exame de defloramento, enumerando as causas mais frequentes de erro e descreve os processo hymenoscopicos

communmente empregados inclusive o do Prof. Achilles Breda em que a distensão hymenal é obtida de dentro para fóra por pressão dagua. Apos o que, traz ao conhecimento da Sociedade um novo processo que imaginara e que considera uma modificação d'aquelle ultimo.

Nelle o desdobraimento do hymen, em resumo, é obtido progressivamente pela insuflação de um pequeno balão de borracha previa e facilmente collocado, quando ainda vasio, na vagina: pequena tracção (tracção e insuflação faceis de effectuar e limitar por dispositivos simples e praticos do apparelho) completa a technica que o autor acredita grandemente facilitadora do reconhecimento e distincção das particularidades da membrana.

Relata ao depois os excellentes resultados que já tem obtido e conclue em seguida não só promettendo trazer á Sociedade os resultados de suas novas observações, quando então commentará com a prova dos factos o processos que propõe, como tambem pedindo aos seus collegas que o ensaem e lhe façam sabedor do que julgarem.

PROF. OSCAR FREIRE: Traz o seu testemunho favoravel ao processo lembrado que tem visto varias vezes applicado com exito no Instituto Nina Rodrigues,

PROF. G. FROES: Depois de alludir á difficuldade do diagnostico do desfloramento, felicita o Dr. Almir pela originalidade de sua uota, que concerne a assumpto de tão alta relevancia.

SOBRE UM CASO DE ATTENTADO AO PUDOR COM CONTAMINAÇÃO VENEREA

PROF. ALFREDO MAGALHÃES: Communica uma observação de sua clinica hospitalar, de um pequeno de seis annos de idade, portador de uma orchí-epididymitis gonococcica, adquirida num attentado ao pudor, de que fôra o pequeno victima. Refere-se ao modo porque a criança lhe narrara as praticas libidinosas que soffrera e trata da raridade do caso do ponto de vista clinico, mostrando que a orchite gonococcica na infancia é considerada uma verdadeira curiosidade clinica. Estuda em seguida o caso do ponto de vista medico legal, citando os dispositivos legais que lhe dizem respeito. Desejava ver a questão estudada sob o ponto de vista judiciario, ventiladas e assentadas as bases para conducta do medico em casos similares para não deixar impunidos factos de tal ordem.

DR. DESCARTES DE MAGALHÃES: Em face da legislação vigente, a questão da punição do culpado está plenamente resolvida, pois, corre ao representante do ministerio publico o dever de promover perante o juizo competente os meios estabelecidos na lei, para a punição do culpado, uma vez provada a miserabilidade do offendido.

DR. ERNESTO SÁ: Está de inteiro accordo com o Dr. Descartes Magalhães. Temos lei expressa que resolve o caso quanto a punição dos delinquentes. Si o menor tem paes vivos e estes deixaram de tratar do caso, o factó deve ser levado ao conhecimento do Juiz de Or-

phãos e este deve providenciar sobre a punição do culpado, demittindo do patrio poder o pae desidiioso ou perverso e nomeando tutor ao menor offendido e abandonado. O caso não precisa de regulamentação porque está previsto na lei.

PROF. GARCEZ FRÓES: Considera a questão muito complexa mormente se fôr encarada do ponto de vista da conducta que deve ter o medico num caso semelhante: em primeiro logar, pensa que o medico não deve denunciar o caso, preso como está pelo segredo profissional; em segundo logar trata-se de um só testemunho e, o que é mais, de um testemunho de menor. Allude aos perigos da prova testemunhal. Propõe o adiamento da discussão para sessão ulterior.

PROF. OSCAR FREIRE: Diverge no que concerne á regra do segredo medico. Acha que no caso, do ponto de vista legal, o medico pode denunciar o facto á autoridade competente para «evitar mal maior». Suppõe o momento opportuno para a Sociedade pedir aos poderes publicos a creação de uma aparelhagem administrativa e judiciaria, capaz de proteger real e eficazmente a infancia desamparada.

É adiada a discussão do assumpto para a sessão immediata.

DIAGNOSE POST-MORTEM DO PALUDISMO

Resistencia do parasito á putrefacção

DR. ALVARO BAHIA: Traz uma nota previa sobre estudos a que está procedendo, a respeito da resistencia

do hematozoario do paludismo á putrefacção e da determinação do prazo, dentro do qual ainda é possível o diagnostico *post-mortem* do paludismo.

Mostra a importancia medico legal do assumpto, relatando uma observação de morte por paludismo, a qual dá bem ideia do valor dos seus estudos: a morte de duas criancinhas, occorrida em uma mesma casa e quasi a mesma hora, foi attribuida á impericia do medico assistente; a necroscopia e o exame microscopico de um esfregaço do baço, feito pelo Prof. Gonçalo Muniz, demonstraram que a *causa-mortis* fôra paludismo agado. Explica as vantagens de conhecerem os medicos legistas precisamente o prazo dentro do qual o diagnostico *post-mortem* do paludismo é possível, quer pela pesquisa do hematozoario de Laveran quer pela de seu pigmento negro. Narra as observações com que já conta, em uma das quaes conseguiu encontrar o parasito (gametas do *Plasmodium Falciparum*) 96 horas após a morte, merecendo especial menção a resistencia particular da hemozoina, a qual tem sido encontrada em todas as preparações perfeitamente nitida. Allude ao methodo que vem empregando para as suas pesquisas: exposição do baço á putrefacção e colloração Giemsa. Está experimentando o processo de Cropper Fróes e o Giemsa prolongado (o primeiro tendo a vantagem de dissolver a hemoglobina, facilitando o exame, e o outro de corar a chromatina, melhor diferenciando o germen,) sendo que lhe occorreu tentar tambem a adaptação do processo Cropper-Fróes ao Giemsa com o intuito do facilitar e tornar mais segura a pesquisa, pois que com as alterações putrefactivas do órgão a

pesquisa se vae tornando mais e mais difficil. Por ultimo, refere-se a estudos que pretende realizar relativamente a particularidades da hemozoina á luz polarisada.

PROF. CLEMENTINO FRAGA: Felicita o Dr. Bahia pela originalidade do seu trabalho, referindo-se ás vantagens que se pode colher dos seus estudos e a um caso de suprarenalite palustre de sua clinica, o qual serviu para uma das observações do seu collega.

PROF. GARCEZ FROES: Felicita o Dr. Bahia, referindo-se á observação que o mesmo citou em sua nota previa, de cujo caso possuia preparações contendo grande numero de hematozoarios e commenta a technica empregada, especialmente de referencia á coloração, mostrando-se favoravel á orientação dada, mas ponderando que provavelmente não daria resultado a modificação proposta, porque já tentara uma semelhante—com o Leishman—sem exito.

DR. ARMANDO DE CAMPOS: Insistindo nas difficuldades da diagnose especifica de sangue pelo exame microscopico, mostra uma preparação de sangue fresco de cheiroptero, cujos elementos figurados de todo o ponto lembram os de sangue humano.

Depois de algumas considerações outras, referindo-se tambem ás provas micrometricas, conclue pela desvalia, em face, principalmente, das modernas reacções biologicas.