

GAZETA MEDICA DA BAHIA

Mezes de Novembro e Dezembro ^{1917.} Vol. XLIX Ns 5 e 6

FORMA SUPRARENAL DO IMPALUDISMO

pelo Dr. Clementino Fraga

A participação dos phenomenos suprarenaes no quadro clinico das molestias infectuosas e toxicas, embora bem conhecida actualmente, não raro passa despresentida, envolta e mal distincta no conjuncto da symptomatologia geral, que em taes molestias, se affirma no forte apparato das manifestações agudas.

Qualquer que seja a sua causa, á insufficiencia suprarenal se ligam phenomenos clinicos que a semiótica moderna tem valorisado nas linhas de um capitulo á parte na pathologia endocrinica, adquirindo maior significação a asthenia, a hypothermia, a hypotensão, a instabilidade do pulso, as perturbações digestivas (vomitos, diarrhea, constipação), as dores abdominaes e lombares, a linha branca de Sergent.

No impaludismo, a lesão suprarenal, suspeitada por alguns autores em vagas allusões á sua contingente possibilidade, só agora foi observada de modo inilludível, porque documentada a observação clinica pela indispensavel verificação anatomica. Symptomas de doença suprarenal são amiude encontrados na febre tropical e foram apurados em tres dos nossos doentes, cujas observações vamos resumir linhas adiante. Aliás vae bem com a intelligencia do assumpto sublinhar na syndrome suprarenal os phenomenos que, no impa-

u disuro, a tornam reconhecida. Assim a asthenia, ás vezes de tanto relevo em alguns casos que, não tendo escapado nas descripções classicas, mereceu de Grall a seguinte e exata referencia: «l'asthenie prend une telle importance qu'elle apparait et evolue comme dans la forme pure de l'insuffisance surrenale» (1). E de facto, não raro a asthenia domina o quadro clínico da malária grave, sendo por vezes o grande symptoma; severo e impressionante, recolhido pela observação clínica.

Assim a hypotensão arterial. Nem sempre accusada pela cifra manometrica, á mingua da respectiva observação armada, ella se denuncia, entretanto, em todas as phases da molestia, salvo talvez no começo; o pulso e fraco, depressivel, nem sempre frequente, mais vezes retardado, excepcionalmente filiforme, como no accesso algido.

Calha aqui referir a proposito que em nossos casos de syndrome suprarenal, palustre ou não, encontramos o pulso batendo 50 a 70 vezes na posição horizontal, ao passo que 100 e mais vezes eram contados os batimentos na posição vertical. Donde: acceleração orthostatica accentuada dos batimentos cardíacos como signal sempre presente, a attestar o desvio morbido suprarenal. Neste particular, as nossas observações, que já orçam por mais de uma dezena, estão traçadas com a cifra da tensão arterial nas duas posições.

Depois comparecem as perturbações digestivas de flagrante constancia no impaludismo agudo: vomitos,

(1) GRALL ET CLARAC: *Traité de pathologie exotique.*

diarrhêa ou constipação, em regra acompanhadas de dores epigastricas e abdominaes.

No accesso algido, a chamada febre perniciosa algida dos autores antigos, os symptomas refletem a perturbação grave, o ataque brutal das capsulas suprarenaes: a hypothermia, o resfriamento total do organismo, a asthenia extrema, o pulso fraco, filiforme, os tons cardiacos diminuidos, os vomitos, ás vezes a diarrhêa, são os phenomenos que norteiam o diagnostico no sentido da provavel etiologia hemo-parasitaria nas regiões palustres.

Ha ainda formas menos severas, em que a asthenia se pronuncia, a tensão arterial pouco se modifica, mas ainda assim no sentido da baixa, os vomitos se repetem, as dores epigastricas não faltam, a anorexia é a regra, formas estas curaveis rapidamente, mas que attestam o ataque da glandula suprarenal.

Umás e outras, formas francamente algidas ou simplesmente asthenicas, identificam no impaludismo *forma suprarenal*, que individuada na grande molestia tropical, teria a vantagem de servir á systematica dos accidentes, servindo egualmente á orientação therapeutica pela necessidade imprescriptivel de juntar á medicação especifica os agentes opotherapicos.

Mesmo no impaludismo chronico, doentes ha que arrastam longo praso entre a asthenia e os disturbios digestivos, phenomenos estes que, de par com a hypotensão bem se podem filiar á uma provavel suprarenalite chronica. Em casos taes cuidamos que a opotherapia ajuda a cura, o que estamos observando em nosso

serviço, embora ainda sem elementos sufficientes para definitivo juizo.

Paisseau e Lemaire, em notaveis trabalhos publicados na *Presse Medicale* de 4 de Dezembro de 1916, demonstram com abundantes provas anatomicas a lesão das suprarenaes no paludismo. É certo que, quando nos chegaram ao conhecimento, já a observação ia adeantada em nosso serviço, bastando confrontar as datas para verificar a coincidência senão prioridade de nossos estudos. Vem de Maio de 1914 a nossa primeira necropsopia; de 13 de Novembro de 1916 o primeiro caso de diagnostico clinico, apresentado á «Sociedade Medica dos Hospitales da Bahia» em sessão de 17 de Dezembro; em Janeiro do corrente anno outro caso em identicas circumstancias, egualmente terminado pela cura, sendo de notar que, dadas as difficuldades de communicação transoceanica, no momento, só em Fevereiro tivemos em mãos o numero da *Presse Medicale* que traz os trabalhos daquelles auctores, que ora servem no laboratorio de bacteriologia do exercito do Oriente.

Esta consideração, feita de passagem, apenas visa provar que nos encontramos os auctores francezes e nós, através do tempo e do espaço, na curiosidade da mesma observação, de referencia a alguns accidentes do impaludismo.

Vejamos as observações.

A 26 de Maio de 1914 deu entrada em nosso serviço, em estado comatoso, F., de 27 annos de idade, pardo, solteiro, natural da Bahia, roceiro, tendo occupado o leito n. 14 da enfermaria de S. Vicente. O exame clinico

suspeitou para logo a etiologia palustre, sendo retirado o sangue momentos antes da morte, no qual foi verificado a existencia de microfíliarias e de abundantes parasitas de terçã maligna.

Feita a necropsopia pelo assistente da clinica Dr. Agrippino Barbosa foram enviadas peças anatomicas ao Dr. Leoncio Pinto, que naquella epocha se entregava a estudos de histopathologia endocrinica. Tendo procedido a córtes das glandulas de secreção interna, verificou aquelle distincto collega lesões das suprarenaes, que assim descreveu: «a zona cortical com desaparecimento do aspecto espongiocytario das cellulas da glomerular e parte da fasciculada; congestão dos capillares da zona cortical com grande quantidade de pigmento, que penetrava pouco a pouco nas cellulas parenchymatosas. Zona medullar com ligeiras congestão capillares (1).

Neste caso tendo o doente chegado á clinica já em agouia, o exame clinico não logrou perceber symptomas especialmente ligados á lesão das suprarenaes, nem mesmo o achado anatomico nos chamou particularmente a attenção, uma vez que não tinha connexão com os phenomenos clinicos. Demais dísso as lesões não eram predominantes nas suprarenaes, por isso que se extendiam por egual, senão mais intensas, para orgams outros, como o figado, o baço, coração, rim, pancreas, hypophyse.

Haviamos quasi perdido a memoria do factu, quando

(1) LEONCIO PINTO: *Notas de hispatologia endocrinica*. Bahia, 1914.

em Novembro de 1916, exactamente dois annos depois, podemos observar detidamente um doente com symptomas de lesão suprarenal, que o exame hematoscopico revelou a presença de parasitas da terçã maligna (*pl. precox ou falciparum*).

Eis o caso:

V. S. preto, solteiro, 20 anno carregador, natural da Bahia, residente no Rio Vermelho. Entra a 14 de Novembro de 1916, leito n. 16, enfermaria S. Vicente, Ho pital Santa Izabel,

Vimol-o no dia 15 pela manhã em estado de grande asthenia, attitude passiva, membros immoveis, extendidos sobre o plano do leito, indifferente, olhos cerrados, bocca semi-aberta, rosto descarnado, *facies* sem expressão. Pulso fraco e depressivel, temperatura axillar a 35°, 2. Extremidades resfriadas, pelle secca e fria. Tem vomitos frequentes. O exame physico revela: estertores bronchicos discretos, vibrações normaes, bulhas cardiacas diminuidas; o figado mede 13 centimetros ao nivel da linha mamillar; o baço ligeiramente augmentado, é apenas palpavel; reflexos algo diminuidos. Não tem dyschromia mucosa. Foi-lhe prescripta a medicação antiemetica e cardio-tonica.

No dia 16 o doente guarda a mesma posição e denuncia o mesmo abatimento. Continua a vomitar. Foi tomada a tensão arterial: 13 maxima e 7 minima, ao oscilometro de Pachon. A mesma medicação, accrescida do emprego da adrenalina. A 17 não ha alteração para melhor no estado do doente. Temperatura de 36°. Os vomitos continuam bem que mais espaçados. Pulso fraco, depressivel, batendo 50 vezes por minuto.

A 18 e 19 a situação é quasi a mesma. Conserva o doente o decubito dorsal. A custo fizemol-o passar á postura sentada para contar o pulso, que bate 81 vezes por minuto contra 50° na posição resupina. No dia 20 tem vomitos biliosos. A temperatura não se modifica, nem o pulso. Prescreve-se o extracto de capsulas suparenaes. A 21 deixa de vomitar. A asthenia continúa embora pareça menos intensa. Anotexia. Constipação intestinal. Diurese diminuida. A 22 e 23 os vomitos são raros. Passa ao decubito lateral; pouco em pouco mais animado. Faz-se o exame do sangue, encontrando-se parasitos da tropical *pl. falciparum*. Institue-se para logo a medicação especifica (injecções de quinofornio).

Começa d'ahi por deante a modificar-se a situação. Cessam os vomitos; alimentação é tolerada; a asthenia diminue.

A medicação especifica é prescripta iterativamente ao lado da opoterapia, melhorando a olhos vistos, dia para dia, as condições do doente.

A 1.º de Dezembro encontramol-o sensivelmente melhorado, já sentado, respondendo-nos sem esforço. Queixa-se ainda de fraqueza. Temperatura a 36,2. Tensão 14 max. e 6 min.

O exame revela ainda a presença de crescentes. A 6 de Dezembro o estado geral é visivelmente melhor. Continúa a alimentar-se e pode manter-se de pé por momentos. O exame do sangue mostra raros parasitos. Temperatura de 36,4. Pulso 71 na posição horizontal e 107 na vertical.

As melhoras vão-se accentuando dia a dia e a 23 teve alta já curado.

Durante a observação clinica foram feitos os exames de fezes, urina, curva leucocytaria etc., que constam do respectivo registro e virão a lume na these do meu interno doutorando Arminio Fraga. No caso deste doente sobreleva o interesse clinico pela forma anormal, desconhecida, da infecção palustre, só accidentalmente descoberta. A *syndrome* suprarenal era expressa, não sendo de começo suspeitada a etiologia num doente apyretico, que só pela *asthenia* impressionava *prima facie*. O augmento do baço era relativamente insignificante; o fígado conservava o limites normaes. O doente foi apresentado á Sociedade medica dos Hospitales da Bahia e já em convalescença, em sessão de 16 de Dezembro, quando notificamos áquella douta Associação a curiosidade do caso, suggerindo a possibilidade de uma forma suprarenal do impaludismo.

2.^a Observação.

Não tardou que nosso serviço clinico podesse contar com outro caso.

V. W., 21 annos, branco, solteiro, allemão, negociante, domiciliado no Retiro. Deu entrada no Hospital (leito n. 17 da enfermaria S. Vicente) a 3 Janeiro de 1915.

Em *asthenia* profunda, immovel e indifferente, guarda o doente decubito dorsal.

Tem olhos cerrados, mal acode ás perguntas. Pulso fraco, depressivel: pelle humida, extremidades resfriadas; temperatura de 35,9. Tem vomitos e dejecções frequentes, diarrheicas.

Pelo exame objectivo encontramos os tons cardiacos reduzidos em seu timbre normal; coração normal, batendo a ponta ao nível do 5.º espaço, á altura e um tanto para fóra da linha mamillar. O figado media 13 centímetros ao nível desta linha. O baço tinha 22 cent. de diametro obliquo e 10 de diametro vertical. Nada mais de anormal nos revelou o primeiro exame.

Dia 4. Não obstante a medicação de urgencia não se modificou o estado do doente. A prostação é flagrante o pulso talvez mais fraco ainda. Temperatura de 36º Fizemos medir a tenão arterial: 9 max. e 5 min. ao esphygmotensiómetro de Vaquez. Foi para logo posta a indicação opotherapica pela adrenalina e retirado o sangue, uma vez já espartada a attenção pelo caso anterior.

Dia 5. O exame révelou a presença de abundantes parasitos da terçã maligna, reclamando a medicação especifica. O estado geral é o mesmo. Continuam os vomitos e a diarrhéa. Procuramos a linha branca de Sergeant que não foi encontrada.

Dia 6. Ainda muito abatido, porem menos indifferente. Temperatura de 36,2. Anorexia. As dejecções são menos frequentes. O exame das fêzes demonstra a existencia de ovos de ascaris e tricocephalo. A urina é emittida no proprio leito, não se podendo conseguir que o doente advirta dessa necessidade, a tempo de ser recolhida. Continua o tratamento pela quinina e pela adrenalina.

Dia 7. Decubito lateral. A facies tem agora melhor expressão. Temperatura 36,2 e 36,4. Pulso fraco e hypotenso. Tensão 10 max. e 5 min. Vaquez.

Dia 8. Apresenta-se pouco melhor. Com auxilio do enfermeiro consegue sentar-se, mas depressa se fatiga e volta ao decubito. As dejecções tornam-se raras e já não vomita ha 24 horas. Pulso: 60 pulsações na posição horisontal e 92 na vertical. Alimenta-se melhor. O exame hematologico foi completado, dando o seguinte resultado:

Hematias	2.573.000
Leucocytyos	6.200
Relação globular	1.415
Valor globular	1.06
Hemoglobina	55 _o / ^o
Curva leucocytyaria: (Talqwis)	
Polynucleares neutrophilos	31 _o / ^o
» eosinophilos	7 _o / ^o
Mononucleares	11 _o / ^o
Grandes lymphocytyos	3,75 _o / ^o
Pequenos lymphocytyos	45 _o / ^o
Forma de transição	2,25 _o / ^o

Indice neutrophilo de Arneth

I	II	III	IV	V
6	38	36	15	5

Quociente de desvio 1,63

De 9 a 12 as melhoras se accentuam. Pulso menos fraco. Tensão 11 max. e 6 mín. (Vaquez). Temperatura 36,4. Pode sentar-se no leito com algum esforço. Constipação. Tem appetite. Foi feito o exame completo da urina sem maior interesse para o caso o resultado. De 13 a 18 melhora consideravelmente. Augmenta o

appetite. Facies agradável. Temperatura 36,6. Entra em acção a medicação arsenical e tónica. Pesquisa-se o hematozoário, dando resultado negativo

De 19 até 7 de Fevereiro, quando teve alta o doente, a cara se afirmou por completo. O caso deixou de ser apresentado a «Sociedade Médica dos Hospitais» por ter ocorrido em período de férias, mas foi comunicado á 14 reunião annual de «American Society of Tropical Medicine, in New York (1).

3.ª OBSERVAÇÃO (2)

Trata-se de um doente que em estado comatoso teve entrada em nosso serviço a 28 de Maio do corrente anno.

Não foi possível reconhecer-lhe a identidade individuo de cor parda, de 29 a 30 annos presumíveis, medindo 1,60 de altura, com 40 kilos de peso.

Tanto que entrára na enfermaria e já era agónico o seu estado, não passando de hora e meia o prazo de vida que teve no Hospital.

Hypothermia (34,5) algidez; pulso pequeno, filiforme, incontável; baço bastante augmentado legitimaram a suspeita de uma forma maligna do impaludismo. O exame de sangue immediato demonstrou a presença de abundantes parasitos da tropical.

O protocollo da necropsopia, feita pelo Prof. Oscar Freire, assim descreve as capsulas suprarenaes: *Es-*

(1) C. FRAGA *Suprarenal syndrome in paludism.*

(2) Communicada á Socied. Med. Hospitais pelo Dr. Arminio Fraga: *Sobre um caso de suprarenalite palustre.*

querda congesta, de consistencia augmentada, volumosa, medindo sete centimetros de comprimento, tres e meio de largura e cinco milimetros de espessura. Peso de 10 grammas. Ao córte limites das substancias medullar e cortical pouco nítidos; substancia cortical de coloração amarella clara; não se percebe a substancia intermediaria; substancia medullar muito desenvolvida de coloração branca. *Capsula direita*: reproduzindo precisamente os caractéres assignalados no exame da capsula esquerda. Peso 10 grammas. Dimensões 7 1/2 centimetros de comprimento, 3 1/2 de largura e quatro millimetros de espessura.

O exame anatomo-pathologico, procedido pelo Dr. Eduardo de Araujo, deu o seguinte resultado: zona cortical: ligeiras hemorragias e congesta. Cellulas endotheliaes dos capillares contendo pigmento melanico e algumas ligeiramente descolladas. É raro este aspecto em nossas preparaçoes, tendo sido notado nas cellulas mais ricas de pigmento. Afastamento dos cordões da fasciculada pelas hemorragias e desaparecimento quasi completo nesta, como na reticulada do aspecto espongiocytario. Ha na reticulada algumas cellulas contendo pigmento melanico e ócracio *Zona medullar*: congestão e focos de intensa destonição hematica; cellulas do parenchyma infiltradas dos pigmentos. Em certos pontos visinhos dos vasos mais calibrosos esta lesão é mais pronunciada.

Corando pelo processo de Giemsa vimos nos côrtes hematozoarios do impaludismo, encerrados nos capillares da zona cortical.

* * *

Estas notas demonstram a existencia de uma syndrome suprarenal no impaludismo. Demonstram e comprovam a necessidade, que aqui defendemos, da creação de uma *forma suprarenal da parasitose tropical*, já agora valorizada a ideia pelos magnificos trabalhos de Paisseau e Lemaire, sob o titulo *De l'Insuffisance surrenale dans le paludisme* (1).

De feito, a noção do accommettimento suprarenal no impaludismo ganha em interesse do ponto de vista clinico, pela vantagem de prescrever immediatamente a medicação ophoterapica, que se nos affigura precioso a uxiliar da therapeutica especifica.

Acreditamos que na forma algida a primeira e mais oportuna indicação deve ser a do sóro adrenalinado, em injeção endovenosa, verdadeiro soccorro de urgencia, capaz de preparar o triumpho completo da medicação especifica, acudindo o doente na precariedade das condições em que o colloca a lesão brital e ameaçadora das capsulas suprarenaes.

Nas formas menos graves, toda a vez que os phenomenos asthenicos affeioarem particulamente o caso, mistêr se faz intervir com a ophoterapia, de precioso subsidio no tratamento da molestia.

Estará assim, tambem pela vantagem therapeutica, justificada a necessidade da creação de uma *forma suprarenal do impaludismo*.

(1) *Presse Medicale*, 4 de Dezembro de 1916.

À proposito das fracturas da perna

Pelo Dr. J. Gonçalves Martins

«As leis, os raios X e a opinião publica vos obrigarão a pensar que, tratando-se de fracturas, o cirurgião deve fazer o que houver de melhor.»

A. Lane

A lei sobre os accidentes do trabalho na Europa teve especialmente por fim mostrar quão differente era a concepção da cura segundo esta era encarada pelo cirurgião ou pelo ferido.

As pericias provocadas pela applicação d'esta lei obrigaram o cirurgião a apreciar com mais precisão as perturbações consecutivas ás fracturas da perna, em que o deslocamento fragmentario tiver sido incompletamente reduzido.

Na fractura de perna, insufficientemente reduzida, o porro volumoso comprime, engloba os tecidos circumvizinhos, provoca edema persistente, perturbações trophicas, ulceras nos membros varicosos. O porro disforme, o desvio angular dos fragmentos produzem uma fadiga rapida dos musculos perturbados nas suas funcções. O desvio do eixo do esqueleto torna impossiveis, sem fadiga anormal, as longas marchas, a longa permanencia de pé e produz, com a continuação, dôres perimalleolares devidas ao repuxamento ligamentar da articulação tibio-tarsiana, que recebe em falso o peso do corpo, dores na articulação astragalo-calcanearna e na medio-tarsiana, cuja estatica é perturbada.

Todas essas perturbações funcçionaes mostrarão que para uma fractura da perna ser considerada curada não basta que o ferido possa sahir do hospital coxeiando ligeiramente e apoiando-se numa bengala.

Ha uns dez annos que os cirurgiões meticolosos não consideram mais «os resultados fornecidos pelo methodo não sangrento e osapparelhos gessados como satisfactorios».

Pessoalmente, acredito com Deanesly que nenhum cirurgião sonharia em declarar-se satisfeito com resultados obtidos pelos methodos habitualmente empregados.

«Certos cirurgiões, diz A. Lane pretendem que a restauração da funcção não depende da restauração da forma do esqueleto, mas sim de outras causas que não são claramente definidas. Esses cirurgiões me parecem ter uma idéa muito vaga da mecanica do esqueleto».

Na Inglaterra A. Lane não hesita em affirmar que os tratamentos, universalmente adoptados nos hospitaes ingleses são simplesmente desastrosos.

Clinton T. Deut, cirurgião da *Metropolitan Police* de Londres, depois de um minucioso estudo dos resultados remotos nas fracturas do membro inferior, verifica que 30% das fracturas simples dos dois ossos da perna não podem voltar ao serviço de policiamento.

Itewart encontra uma proporção de 48% de fracturas da perna que conservaram uma incapacidade funcional notavel; 44% soffrem e 38% apresentam uma fraqueza extrema.

Na America do Norte Denegre Martin, na sua

propaganda em favor de um diagnóstico e de um tratamento mais cuidadoso das fracturas, mostra-se muito impressionado com o facto dos cirurgiões terem de tratar actualmente mais deformidades e má adaptação após as fracturas do que após os tratamentos de outro ramo qualquer da cirurgia.

Na Alemanha, Kummel verifica que sobre 243 fracturas de perna nenhuma poudé ser reduzida mesmo approximadamente.

A estatística que tirei dos documentos da these de Zaini (1911) mostra que sobre 213 fracturas da tibia, vistas muito tempo depois, produziram uma enfermidade variando entre 10 e 80%.

Esses resultados merecem chamar attenção e mostrar a importancia da questão do tratamento das fracturas da perna levantada por Paul Delbet.

Os maus resultados obtidos em consequencia das fracturas da perna são devidos, a meu vêr, á ideia um pouco simples que fazem muitos medicos do tratamento d'essas fracturas, como nos diz Paul Delbet: «o que é o tratamento de uma fractura pelosapparelhos gessados, ninguém o ignora: preparam-se talas ou goteiras de tarlatana, imbebem-se-as de gesso, reduz-se a fractura por fracções auxiliadas de pressão, applicam-se as talas modelando-as e mantendo-as com uma atadura enrolada. Tudo isso não exige nem uma grande sciencia, nem uma grande habilidade.»

Eu não subscreveria uma tal concepção do tratamento não sangrento das fracturas da perna. Ha muito que o professor Berger (em 1895) prescreveu este methodo facil que consiste «em collocar desde

os primeiros dias um aparelho gessado e deixá-lo semanas inteiras sem verificação».

Como Nelaton a quarenta annos, e Berger a viute e tantos annos tenho visto «individuos sem poderem servir-se de sua perna, sem fadiga, apezar de já se terem decorrido mezes e até annos após o accidente. Perguntando como tinham sido tratados de suas fracturas, responderam-me todos invariavelmente: pelosapparelhos gessados, mudando-se, mezes alguns diversas vezes o aparelho com alguns intervallos».

Creio que ha coisa melhor a fazer e, neste sentido, tenho estudado um pouco mais minuciosamente esta questão.

Na realidade o tratamento das fracturas da perna, quando tem por fim a verdadeira cura é um dos pontos mais difficeis da cirurgia. Exige muita sciencia, criterio, habilidade e cuidados assiduos. Exige o conhecimento de todos os meios de que dispõe a cirurgia para reduzir e conter uma fractura e esses meios são multiplos. O exito completo depende da sagacidade com que o operador tiver escolhido, d'entre esses numerosos meios, o que melhor convier a cada caso particular e a cada momento do tratamento; depende ainda da habilidade com que elle tiver sabido applicar o meio escolhido, da assiduidade com que tiver cada dia verificado o resultado obtido.

Veremos que o problema therapeutico das fracturas deve ser encarado não somente segundo cada osso em particular, como o quer Delbet, mais ainda segundo cada variedade de fractura, sua séde e direcção de

traço, segundo a modalidade do deslocamento fragmentar, a idade da fractura, a idade do individuo, sua constituição, profissão, e segundo a gravidade e a modalidade das lesões connexas.

O estudo crítico dos meios não sangrentos do tratamento das fracturas da perna comporta tres grandes questões:

Quaes são esses meios?

De que valem elles?

Quaes são suas respectivas indicações?

Os meios de redução podem-se classificar em tres grupos: meios de redução em um tempo; meios de redução em diversos tempos; meios de redução por acção continua.

Os meios de redução em um só tempo são secundados pelosapparelhos gessados inamoviveis; os meios de redução em diversos tempos o são pelosapparelhos e talas immoveis; os meios de redução por acção continua o são por apparelhos variados.

I.—O methodo de redução em um só tempo, seguida da applicação de um apparelho gessado inamovivel é o mais geralmente adoptado. Seria o methodo mais simples, mais agradável para o doente e o cirurgião. Infelizmente, é raro dar bons resultados.

A redução em um só tempo de uma fractura de perna com deslocamento fragmentario é o mais das vezes uma coisa impossivel de obter-se. Um auxiliar, dois, affeitos a esse trabalho não bastam para triumphar da contractura muscular que as tracções violentas só fazem exaltar.

A redução do deslocamento fragmentario compre-

hende o estudo da posição a dar ao membro, do meio de fixação, da tracção, do meio de tracção.

O processo que consiste em empalmar com uma mão o calcanhar, com a outra o pé e puxar a perna em extensão é o mais simples e o mais geralmente adoptado. É também o mais defeituoso.

Não ha preocupação, geralmente, da posição dada ao membro inferior durante a redução.

Quinu, Moty aconselham com razão relaxar os musculos posteriores pela flexão do joelho em angulo recto ou mesmo em angulo obtuso. Hochnegg aconselha nas fracturas obliquas reduzir, estando flexionados o joelhos e a anca.

A flexão da perna foi já ha muito tempo considerada por Mayor, Hennequin, Zuppinger e Heuscheu, um auxiliar precioso na redução do deslocamento fragmentario. Pessoalmente costumo, para facilitar redução, collocar a perna fracturada sobre um plano inclinado duplo, cujo grão de inclinação varia segundo cada caso em particular.

Tuffier e Saissi, partindo da noção que o cavalgamento vertical dos fragmentos de uma fractura diaphysaria da tibia é impossivel de reduzir-se sem operação, preconizam uma nova manobra de redução que é a seguinte: 1.º flexão do fragmento inferior sobre o fragmento superior, sendo a flexão dirigida no sentido do deslocamento do fragmento superior em relação ao inferior; 2.º tracção progressiva n'esta posição de flexão; 3.º endireitamento brusco do fragmento superior.

As indicações d'esta manobra me parecem restrictas fóra dos casos operatorios.

Só seria applicavel ás fracturas transversas acompanhadas de pequeno encurtamento e leve deslocamento transversal. Demais, é muito provavel que nenhum aparelho de contenção podesse lutar nos dias subsequentes contra a contractura dos musculos momentaneamente vencida por essa manobra, contractura que daria em resultado o desvio angular dos fragmentos.

O estribo de Pierre Delbet parece-nos ser o melhor meio para unir a perna á potencia de tracção. Este aparelho que é facil de confeccionar e é muito solido, parece superior á botina de Ombredanne e á botina silicatada, que não permittiria, ademais, a applicação do aparelho gessado sobre tracção após a redução.

Quando se quer ter um ponto de apoio extremamente solido para a tracção, o prego de Codivilla deve ser preferido. Esse prego deve ter pelo menos os diâmetros do pequeno dedo do individuo; desta forma elle não cederá nem cortará o osso. Elle deve ser implantado no calcaneo e não no astragalo; d'esse modo triumphará melhor da contractura do triceps sural, e impedirá o pé de ficar em equinismo.

A tracção em si mesma deverá ser poderosa, sustentada, igual, sem arrancos, e prolongada durante toda a duração da cousolidação do gesso.

A tracção humana deve ser abandonada. Mesmo com o subterfugio empregado por Hennequin, Lewy e Desguin que fazem passar a volta de tracção ao redor dos rins de um auxiliar corcovado sobre a mesa; o auxi-

liar tractor não poderá sustentar uma tracção sufficiente, sem arrancos, durante o tempo necessario. Emprega-se tambem o parafuso de Lorenze; Pierre Delbet emprega os pesos. O cabrestante poderá prestar serviços. Hipocrates já empregava o cabrestante e a roldana.

Quando se recorrer ao emprego de uma cinta de tracção passada ao redor dos rins, importa para a bôa direcção da tracção que a mesa sobre a qual é collocado o paciente, seja alta ao nivel da região lombar do auxiliar tractor.

A direcção da tracção deve ser horizontal e prolongar o eixo da perna. Para facilitar a redução em um só tempo, o cirurgião dispõe de um auxiliar util: a anesthesia. Paul Delbet condemna a anesthesia geral por provocar esta frequentemente um periodo de excitação nefasto ao membro fracturado.

Esta excitação, porem, pode ser evitada ou diminuida pela injecção previa de scopolamina morphina, pela ingestão previa de chloral, segundo o methodo de Pierre Delbet. Os perigos da phase de excitação podem ser previstos e minorados ou attenuados em parte pela applicação previa de um aparelho de algodão compressivo de volume igual ao duplo da circumferencia do membro.

A anesthesia local pela cocaina ou novo-caina preconizada por Lerda e Quénu, não tem sido muito generalizada.

Aconselho todavia completar a injecção pela applicação previa, ácima dos condylos femoraes, de 4 ou 5 voltas da faixa de Esmarch, bastante apertadas. Esta

manobra tem por effeito ás mais das vezes supprimir ou diminuir *consideravelmente a contractura*. Não sei se já se tem preconizado isso.

A redução obtida, ou antes a manobra de redução em *um só tempo*, uma vez feita, o methodo classico quer que se applique um apparelho gessado inamovivel de contenção.

Qual é o valor contentivo deste apparelho?

As observações e os factos citados por Paul Delbet não são *muito animadores* a seu favor, e Delbet conclue que o gesso não pode permittir uma contenção perfeita.

Sobre este ponto não participamos da opinião de P. Delbet.

Na fractura do terço medio da perna, pode-se applicar um apparelho gessado que se opponha ao encurtamento dos fragmentos *immobilizados*.

Tem-se um ponto de apoio solido, para cima sob os *plateaux* tibiaes, para baixo sobre o bordo saliente superior dos malleolos e do calcanhar.

Esses pontos de apoio nos parecem utilizaveis sem dôr, quando se tem o cuidado que o gesso se *molde bem largamente* em superficie sobre essas regiões, sem ponto algum saliente, e quando protege as saliencias malleofares, *cercando-as de coxins de feltro protectores*, convenientemente graduados e recortados.

Da mesma forma estes coxins de feltro bem collocados *protegem as saliencias osseas* contra o perigo de escaras.

O ponto fraco do apparelho gessado é precisar de quarenta e oito horas para solidificar-se completamente.

Durante as trinta e seis primeiras horas é importante para lutar contra a contractura muscular que desenvolve em certos casos uma força superior a 60 kilogrammas de tracção.

De facto pode-se, reforçar com lamínas de alumínio de 8/10 millímetros de espessura as talas de gesso. Estas talas são sufficientemente moldaveis para não embarçar a perfeita confecção do gesso, quando se possui o manejo. O defeito do apparelho gessado depende mais das condições más em que é applicado do que da sua propria insufficiencia.

A redução de uma fractura da perna necessita de uma tracção continua de 60 a 100 kilogrammas e mais.

Nenhum auxiliar poderá seguramente manter essa tracção durante o tempo necessario para a redução, a applicação do apparelho e a consolidação do gesso.

No correr da redução, o auxiliar enfraquecerá por instantes para recommear a tracção por uma successão de esforços que serão outras tantas sacudidelas, isto é, outras tantas excitações para a contractura.

A tracção no eixo é insufficiente para destruir o deslocamento fragmentario segundo a espessura do membro.

Admittindo mesmo que a redução seja obtida, é difficilimo mantel-a permanente durante a applicação das classicas talas *Maisonneuve*. É assim que durante a applicação do apparelho haverá as maiores probabilidades da redução obtida momentaneamente não se manter mais. Alem d'isso, desde que o membro é recoberto pelo apparelho gessado e especialmente

desde que se começa a enrolar o membro com as ataduras de linho destinadas a manter o aparelho, o cirurgião e seus ajudantes perdem de vista o membro e a região da fractura.

O ajudante não tem mais do que uma noção muito approximada do que deva ser a tracção no eixo; a crista da tibia desaparece, e é difficil julgar da boa reducção segundo o eixo da perna e do pé.

Neste momento, a tradição classica quer que o cirurgião empunhe o pé para collocar-o em angulo recto.

A contractura do quadriceps immobilisa o calcaneo em varus equinus e o cirurgião, lutando contra esta contractura, flexiona todo fragmento inferior da perna quebrada para diante. O movimento que elle julgar imprimir á articulação tibio-tarsiana passa-se ao nivel do traço da fractura e na articulação medio-tarsiana, ficando a parte posterior do pé em equinus, sem que seja possível verificar este deslocamento vicioso.

Por outro lado, n'este momento o cirurgião perdeu toda a esperanza de manter a reducção do deslocamento transversal e antero-posterior dos fragmentos.

No fim de dez minutos, um quarto de hora no maximo, o ajudante encarregado de manter a perna e o pé em boa posição, extenuado, abandona o membro. O gesso ficará ainda no minimo trinta e seis horas para adquirir sua completa solidez. Como admirar-se, que a reducção do deslocamento fragmentario seja muito raramente obtida com semelhante methodo?

A este methodo de reducção em um só tempo, eu opponho o seguinte que apenas differe em alguns detalhes, muito ligeiros na apparencia, mas na realidade

de uma importancia primordial no que diz respeito ao resultado obtido.

II.—Para reduzir correctamente uma fractura de perna, é preciso fazer ceder com manobras de doçura, a contractura dos musculos que mantêm o deslocamento fragmentar.

A redução obtida d'esse modo é facil mantel-a por meio de talas gessadas mesmo finas.

Se a coaptação dos fragmentos diz Desguin, é perfeita, não ha mais contractura muscular, e portanto nenhuma tendencia mais ao cavalgamento. Si esta coaptação é obtida, a fractura torna-se facilmente coercivel, bastando manter os ossos em bôa posição.

Qualquer meio de contenção, qualquer sutura, ou aparelho, empregado, não terá mais que resistir a uma força, e ainda menos que exercer alguma.

D'esse modo torna-se facil tolerar não havendo mais pressões dolorosas nem perigosas.

Quando sou chamado para uma fractura de perna desde o primeiro dia, depois de ter collocado a perna fracturada em posição de repouso, de preferéncia em semi-flexão, o pé bem amparado, começo por uma applicação de massagem muito suave e methodica.

Esta massagem, que dura segundo os casos meia hora, uma hora, por vezes algumas horas, tem por fim calmar a dor, relaxar os musculos contracturados, explorar com a maior doçura, e verificar com a maior precisão possivel a situação respectiva dos fragmentos osseos deslocados,

Quando a contractura muscular cede, muito doces e pacientes tracções, não despertando nenhuma dôr violenta, corrigem o encurtamento progressivamente, millimetro por millimetro.

Depois com os dedos modelando a tibia, apanhando-a com grande doçura, eu approximo progressivamente os fragmentos e consigo o deslocamento segundo a espessura do membro. E quando tiver corrigido no fim da sessão o deslocamento, bastará uma muito ligeira pressão para manter essa redução.

Applica-se então um aparelho de contenção com talas de gesso, aluminio e madeira para reforço. A modelagem das talas de gesso deve ser feita muito cuidadosamente sobre os *plateaux tibios-malleolares* não cessando de manter a redução durante todo o tempo da modelagem e dissecação do gesso. O todo é mantido por duas circulares gessadas, uma abaixo dos *plateaux* tibias, e a outra ao nivel do tornozelo. Nos dez primeiros dias levanto o aparelho diariamente para ir corrigindo ou refazendo a redução, obtendo desse modo por um labor assíduo uma redução anatomica perfeita ou muito perto da perfeição, continuando então o tratamento de Lucas Championnièrè até a completa consolidação. E' necessario em geral, na opinião de todos os cirurgiões experimentados, setenta a oitenta dias para que um calo (porro) de fractura de perna fique bastante solido, para permittir não temer a producção de desvios viciosos secundarios.

III. — Lambret, Quénu e Mathieu apresentaram n'estes ultimos tempos um aparelho que toma ponto

de apoio sobre duas cavilhas, uma das quaes transfixa a tibia para cima, e a outra o calcaneo.

E' mais prudente esperar alguns annos ainda antes de julgar este methodo.

Quando as lesões dos tecidos molles não permitem a applicação de um aparelho gessado, costuma-se abandonar o membro em uma gotteira até a cura dessas lesões.

As observações de Paul Delbet indicam mais uma vez a que lamentaveis resultados se chega por esse modo de proceder.

Para o tratamento das fracturas complicadas de lesões dos tecidos molles, de ferimento ou de supuração, Dupuy de Frenelle fez construir um aparelho que lhe tem dado os melhores resultados. Este aparelho, por uma acção continua methodicamente regularizada, obtem o que não podem obter os esforços de alguns instantes, não immobilisa no gesso articulação alguma, permite uma vigilancia e uma acção directa sobre os fragmentos durante toda a phase do periodo de consolidação da fractura, podendo-se cuidar quotidianamente da perna que se tem sempre debaixo da vista, tendo-se accesso livre a todo momento.

Permite verificar a cada passo o resultado obtido pela radioscopia, precisar este resultado pela radiographia, completar a redução por manobras manuaes, sem violencia, com precisão, com methodo, sabendo e vendo exactamente o que se faz. Permite tratar pela electrotherapia, a massotherapie, o membro que está atacado em todos os seus elementos, no curso de uma fractura. Permite a irrigação continua, os pensos de

que necessitam ás vezes as feridas concomittantes da perna, ou as fracturas complicadas.

Este aparelho tem por fim reduzir as fracturas da perna no terço medio.

Existem ás mais das vezes n'essas fracturas :

- 1.º Encurtamento da perna;
- 2.º Desvio lateral angular do fragmento inferior;
- 3.º Desvio antero-posterior angular do fragmento inferior.

4.º Torsão do fragmento inferior que se manifesta a priori por uma rotação do pé para dentro ou para fóra.

D'essas deformações as mais graves são os desvios angulares e a torsão.

O defeito d'este aparelho é ser muito complicado, não se ter á mão sempre, ter muitas peças de caoutchouc e de feltro que não resistem muito tempo aqui no Brazil.

Por isso prefiro applicar um aparelho de distensão continua e contensão, que permite todas as manobras e o tratamento de Lucas Championnière, como no aparelho de Dupuy de Frenelle, sendo de uma applicação facillima e rapida; e de um preço muito baixo.

IV.—No estudo do tratamento sangrento Delbet encara a incisão, a redução, os meios de contensão.

A incisão deve ser longa.

Não me parece útil que esta não cruze o traço de fractura.

A superposição da cicatriz e do foco de fracturas permittirá mais facilmente drenar ou (*levantar*) osapparelhos de contensão si houver reacção inflammatoria. Si não houver reacção inflammatoria, a pelle ficará

movel e esta superposição não terá, parece-me, inconveniente algum.

Para realisar a redução do cavalgamento vertical, a tracção com o estribo de Delbet ou em rigor com o prego de Codivilla transfixando o calcaneo, deixará o campo operatorio livre, permittindo uma tracção energica.

O methodo de Codivilla não podia ser responsavel pelo insuccesso obtido por Paul Delbet com uma cavilha de calibre insufficiente e introduzida átravez do astragalo.

A manobra de inflexão aconselhada por Lambotte e Tuffier dá bom resultado na fractura transversa da diaphyse tibial, com fragmentos osseos solidos e bem conservados.

Uma vez obtida a redução, o resultado fual depende especialmente da escolha que o cirurgião tiver sabido fazer do meio de contenção o mais apropriado ao caso operado.

Quando depois da redução obtida, o deslocamento fragmentario não tiver nenhuma tendencia a reproduzir-se, e os fragmentos encaixarem-se bem, é preferivel com Wilhems e Tuffier não collocar meio algum de contenção.

Nos casos favoraveis, um «surget» poderá reconstituir a bainha periostica. Quanto menos cat-gut e quanto menor fôr o contacto dos nossos dedos com a ferida, melhor.

O fio de prata, de bronze, aluminium, ou melhor, de ferro recozido só é efficaz como contentivo para lutar contra o cavalgamento vertical e transversal.

Lucta mal contra o desvio angular da tibia. E' quebradiço. A maior parte dos cirurgiões da actualidade que se teem dado á cirurgia das fracturas o têm abandonado.

A sutura com o fio de prata é tão simples, escreve Lambotte, que se explica deste modo a importancia que este meio de fixação adquiriu em cirurgia ossea, facto este infeliz, pois é ao emprego inconsiderado desta technica que se deve attribuir o descredito do tratamento operatorio das fracturas.

«A sutura é com effeito um modo deploravel de reuniões dos ossos, e se ainda ha algumas circumstancias em que o seu emprego pode apresentar algumas vantagens, seria todavia a desejar vel-a desaparecer da pratica.

A sutura deve ser bandida do tratamento das fracturas diaphysarias pelas seguintes razões:

1.º Ella é absolutamente insufficiente como solidez.

Tomando simplesmente ponto de apoio sobre as extremidades fracturadas, produz-se, ao menor movimento do membro, um phenomeno de alavanca, que dá em resultado a ruptura do fio, a fractura das extremidades osseas. Si se empregar a sutura, é preciso combinal-a com um apparelho immobilizador, ficando-se sempre na incerteza de uma coaptação completa.

2.º A perfuração das extremidades osseas compromette a sua nutrição; o orificio que se deve fazer é sempre maior do que o diametro do fio a empregar. A menor infecção é seguida de osteite rarefaciente das partes que devem fornecer o callo. E' o que explica

ter-se accusado a sutura dos ossos nas fracturas de retardar a consolidação.» (Lambotte)

As verificações de Lœwy sobre as radiographias só fazem confirmar a inferioridade do emprego do fio de prata.

A *cerclage*, ao contrario, é um excellente processo cada vez que a obliquidade da fractura permite collocar duas voltas de fio de metal. E' facil de collocar-se, facil de retirar-se e não fere o osso. O dispositivo de Lambotte feito com um parafuso fendido em dois me parece muito pratico.

Os ganchos são um excelente meio de contenção para lutar contra uma ligeira tendencia a um novo deslocamento fragmentario. Não poderiam lutar contra a contractura ou a retracção muscular actuando com força sobre as alavancas tão longas quanto as da tibia fracturada e apezar da experiencia e habilidade de Paul Delbet, os ganchos parece não terem sido, nas suas mãos, bons meios de contenção.

Não se poderia exigir, sem riscos, que um gancho actuasse no vertice de um angulo formado por fragmentos sem desfazel-o.

Nas fracturas ligeiramente oblíquas, a implantação obliqua de um prego ou de um longo e forte parafuso justapondo obliquamente os dois fragmentos, é uma manobra facil que tem dado bons resultados.

A placa de Lambotte é o mais poderoso meio para lutar contra a reproducção do deslocamento fragmentario. Para ser efficaç, indolor e estavel, é indispensavel que esta placa adhira ao osso.

Si a placa estiver em falso sobre uma saliência fragmentar, si existir em algum ponto um espaço entre a placa e o osso, os parafusos afrouxam depressa e largam.

As talas de Lane parecem mais moldaveis, mais facilmente applicaveis e toleraveis; são menos volumosas.

Na realidade creio que o meio de contenção ideal ainda não se encontrou.

V.—Qual é o valor respectivo e quaes são as indicações dos differentes methodos que acabamos de encarar no tratamento das fracturas da perna?

O methodo de redução por partes, seguida da applicação de talas gessadas, parece-me susceptivel de dar excellentes resultados anatomicos e funcionaes na maioria dos casos.

Quando este methodo falhar, deve-se pensar na intervenção sangrenta.

A intervenção sangrenta permite fazer reduções que as simples monobras não conseguirão, nas fracturas datando de menos de um mez. Muitas operações mostrarão que a irreductibilidade de uma fractura é ás vezes devido a um obstaculo mecanico: uma pequena brida fibrosa, uma inserção muscular, um ligamento inter-osseo entrelaçado que impeça a parte do fragmento inferior de retomar o seu lugar.

Por outro lado, é de algum modo uma lei geral da pathologia das fracturas que si a cóoptação dos fragmentos é perfeita, não ha mais contractura muscular, por conseguinte nenhuma tendencia mais de cavalga-

mento. Si esta coaptação é obtida, nos 15 primeiros dias, a fractura torna-se por este facto facilmente coercível.

Basta manter os ossos em boa posição.

O meio de contenção qualquer, sutura ou aparelho, applicado, não terá mais que resistir a uma pressão, e ainda menos que exercer outra, tornando-se então facil de tolerar, não provocando mais compressões dolorosas nem perigosas.

As mais das vezes a operação praticada em tempo, isto é, nos quinze primeiros dias, permite reduzir e conter.

Passados os dois primeiros septenarios, a redução torna-se cada vez mais difficil em consequencia de um callo exuberante que engloba os fragmentos e sobretudo por causa da retracção muscular.

Quando a redução do deslocamento fragmentar tiver necessitado o emprego de uma força consideravel, não se deverá contar com os meios de contenção actualmente usados para manter a redução, que, ademais, não será obtida ás mais das vezes.

Parece-me que n'esses casos deve-se recorrer ao methodo de Codivilla — Steinmann, que consiste em fazer uma osteotomia interfragmentaria obliqua e exercer nos dias seguintes sobre o membro uma extensão continua com pesos de 15 á 20 kilogrammas, fazendo tracção sobre um prego volumoso transfixando o calcaneo.

O problema da collocação de um gancho, de um «cerclage» ou de uma placa, não se dará senão quando essa extensão tiver obtido um alongamento dos mus-

culos retrahidos que seja sufficiente para permittir uma redução facilmente effectiva.

As indicações da intervenção sangrenta são guiadas por tres considerações :

- 1.º a gravidade dos riscos operatorios;
- 2.º a gravidade da enfermidade prevavel sem o soccorro da operação;
- 3.º os resultados da operação.

A *gravidade dos riscos* (função do individuo, (doente), do cirurgião e do acto operatorio.

A *resistencia do individuo* deve ser tomada em grande consideração; a idade, o seu estado geral serão de um peso consideravel na balança da decisão, que só será tomada depois de um exame minucioso e profundo de todos osapparelhos (digestivo-respiratorio-urinario).

A cirurgia operatoria das fracturas necessita de um operador e um ajudante treinado na cirurgia ossea, um instrumental aperfeiçoado e uma asepsia operatoria a mais perfeita possivel.

O successo do acto operatorio depende sobretudo da facilidade de accesso na sede da fractura; o perigo cresce na razão directa da difficuldade, da multiplicidade e da duração das manipulações.

O perigo que faz correr uma operação sobre o femur é consideravelmente maior do que sobre um osso superficial como a tibia.

A *gravidade da enfermidade ameaçadora* varia conforme o estado social, a profissão do individuo, isto é, a maior ou menor utilidade do membro ameaçado,

e ainda conforme a séde, a variedade da fractura e a deformação fragmentaria.

As fracturas obliquas ou espiraes necessitam mais frequentemente de uma intervenção do que as transversas.

Estas ultimas cedem, com effeito, mais facilmente aos methodos de doçura.

A gravidade da deformação fragmentaria será um dos elementos mais importantes para a decisão da oportunidade de uma intervenção.

Antes de decidir-se a uma intervenção, é necessario estudar attentamente o grão, a variedade de deformidade ossea que traz a imperfeição da reducção, e as consequencias que acarretará essa deformidade na função ulterior do membro.

O exame de um grande numero de feridos cuja fractura fora insufficientemente reduzida permittiu-nos estabelecer algumas regras geraes na apreciação da gravidade que comporta cada variedade de deformação ossea consecutiva a uma fractura.

O deslocamento fragmentario consecutivo a uma fractura pode ser schematicamente decomposto em encartamento (ou cavalgamento vertical), deslocamento segundo a espessura (transverso e antero-posterior), deslocamento segundo a torsão e finalmente deslocamento angular.

O *encurtamento* produzido pelo cavalgamento vertical dos fragmentos é a menos grave das deformações, quando não excede de 2 a 3 centimetros e quando a sua séde é na diaphyse, longe de uma articulação.

No membro inferior, o encurtamento diaphysario é

tanto mais grave quanto mais perto do pé estiver o traço de fractura.

O cavalgamento vertical deve a sua gravidade, não tanto ao encurtamento, quando elle é minimo, quanto ao obstaculo que elle traz á redução dos outros deslocamentos fragmentarios.

Com effeito, enquanto as extremidades dos fragmentos osseos não estiverem no mesmo plano, é impossivel reduzir o deslocamento em espessura, no sentido transversal e antero-posterior.

O *deslocamento segundo a espessura* já acarreta mais perturbações do que o encurtamento. Quando o deslocamento segundo a espessura está reduzido a ponto de collocar os fragmentos em contacto directo por uma de suas faces, a deformidade é grave, pois ha as maiores probabilidades, comprehende-se, para que a consolidação da fractura não se obtenha.

A interposição de uma simples lamina muscular bastará para provocar o apparecimento de uma pseudarthrose.

O desvio no sentido antero-posterior ou transversal é grave pelos orgãos que elle pode comprimir ou englobar em um porro disforme. Essa gravidade varia, pois, segundo a séde anatomica da lesão.

Na perna, esse desvio produzirá por compressão venosa um edema persistente, que poderá repercutir sobre toda vitalidade da perna e trazer ulteriormente perturbações trophicas.

O *desvio angular dos fragmentos* é o mais grave; o é sobretudo ao nivel do membro inferior onde elle deve

ser reduzido, custe o que custar, pois um membro inferior deseixado, firmando-se em falso, encommoda a marcha, claudicando e a torna dolorosa e incerta. A perturbação do equilibrio estatico do membro produz um repuxamento doloroso dos ligamentos articulares que fatigam numa distribuição má do peso do corpo sobre as superficies articulares que se deformam, e toda marcha ou estação prolongada torna-se rapidamente impossivel.

Os resultados da intervenção serão mais seguros quando o individuo for adulto, a fractura de data recente, e se tiver de lutar menos contra a retracção dos tecidos (muscular e aponevrotico.)

O momento mais favoravel para operar é do septimo ao decimo quinto dia. Nessa occasião o esforço de regeneração dos tecidos succede ao estado de menor resistencia do membro traumatizado. Os lymphaticos abertos pelo traumatismo fecharão e as neoformações capillares offerecem maior resistencia á invasão microbiana sempre ameaçadora.

A redução a céu aberto é indicada desde o decimo dia, cada vez que n'esta data a redução simples for julgada, com o auxilio da radiographia, face e perfil, evitar com segurança a enfermidade ao ferido.

Uma vez resolvida, a operação deve ser feita o mais cedo possivel, pois cada dia de espera augmenta as difficuldades da redução e da contenção operatoria, diminue as probabilidades do successo completo da intervenção, e augmenta a sua gravidade, as probabilidades de infecção sendo tanto maiores quanto mais penosas e longas forem as manobras de redução.

A frequência das indicações operatorias varia com cada cirurgião, segundo os resultados obtidos em suas mãos pelos methodos não sangrentos.

A experiencia d'estes ultimos dezesseis annos mostram que os corpos extranhos metalicos são as mais das vezes bem tolerados pelo organismo, fóra de qualquer infecção operatoria.

E no entretanto a maxima que prophetisava Poirier ha uns vinte annos, nos parece sempre verdadeira: «Estamos ainda longe do momento em que vereis nas obras classicas, que a sutura ossea é o melhor tratamento das fracturas simples ou complicadas».

Imperforação rectal

pelo Dr. Fernando Luz ()*

O caso que ora apresento á vossa apreciação, penso, deve ser de grande interesse, não só pela raridade de vicio da conformação de que é portadora a doentinha, como tambem pela therapeutica cirurgica, que deve ser tomada com urgencia, sob pena de deixar fallecer a doente sem a tentativa de salvação que a cirurgia lhe pode soccorrer.

Trata-se de uma creança de nome Helena que me foi apresentada, ou antes em auxilio da qual fui chamado

(*) Comm. feita á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia em 12-Agosto-1917

no dia 29 de Julho p. p. e que, foi, nascida a 25 do mesmo mês, não tinha até aquella data expellido o meconio.

A parteira, aliás competente e diplomada, cumprindo o seu dever, por occasião do parto examinou-a e nada de anormal notou, sendo a menina robusta e de peso mediano, normal. Passado o primeiro dia, porem os paes notaram que a creancinha não tinha expellido o meconio, pelo que chamaram a attenção da parteira que, examinando o anus achou-o bem conformado, pelo que applicou-lhe um pequeno clyster, que foi immediatamente expellido sem trazer meconio. A creancinha começou a mamar no segundo dia e o seu ventre a distender-se, chorando continuamente. Ao cabo do 3.º dia do nascimento vomitos se manifestaram, pelo que o pae chamou a illustre clinico de crianças, que examinando a doentinha pensou logo na hypothese de uma imperfuração rectal aconselhando ouvir a um cirurgião.

Foi então que vim a observar o caso realmente interessante, e cujo diagnostico após os exames necessarios poude ser feito de imperfuração rectal com anus e canal anal bem conformados.

A doentinha, nessa occasião, apresentava-se agitada, chorando sempre, urinando com difficuldade, com meteorismo abdominal accentuadissimo, estando a pelle do abdomen lisa e luzidia, sulcada de veias desenvolvidas, tendo algumas vezes regurgitações e verdadeiros vomitos alimentares ou biliosos, porem, ainda não escuros. A temperatura axillar era de 38.º 0.

Pela inspecção, pude observar que os órgãos genitais externos eram normaes, não existindo no orifício vulvar signal algum de abertura do recto. Percebia-se um anus bem conformado, assim como uma perinéo normal, sem haver afastamento dos ischions.

Procurei então fazer o toque rectal que me poderia trazer auxilio no diagnostico, conseguindo com facilidade introduzir o dedo minimo bem emvaselinado, que foi detido a 2,5 ou a 3 centímetros do anus por uma membrana. Procurei introduzir uma sonda de Gaillard n. 12 que do mesmo modo não poude ser introduzida além de 3 centímetros.

Com o auxilio de um pequeno especulo nasal tentei ver como terminava o canal anal, podendo então observar que a obturação era completa, estando a mucosa fechada em dedo de luva, lisa, sem apresentar orifício algum, indicativo de um estreitamento, assim como não se via o recto fazer saliência no fundo do sacco.

Depois desse exame assim procedido, o diagnostico de imperfuração rectal, com anus e canal anal bem formados se impunha, assim como a therapeutica cirurgica de urgencia devia ser empregada, o que foi accedido pelo pae, sendo a doentinha immediatamente transportada para este hospital para a necessaria intervenção.

Á vista do seu estado precario, apresentando oclusão intestinal aguda, completa, com meteorismo, vomitos, resfriamento das extremidades, não quiz tentar logo uma intervenção radical de perineotomia com pesquisa do recto, abaixamento da sua extremidade, abertura e consequente fixação á pelle, operação laboriosa ás mais das vezes e de grande choque, terminando-se

sem resultado, pois muitas vezes não se chega a encontrar o recto, e outras vezes a morte é a terminação do caso. Prefiri o recurso mais simples de um anus illiaco esquerdo a Littre, tempo preliminar de uma segunda intervenção radical que deveria ser executada posteriormente, em melhores condições.

Para isso, chloroformizada a doentinha, fiz uma pequena incisão de 3 a 4 centímetros de extensão obliqua para dentro e para baixo, na fossa illiaca esquerda semelhante a de Mac Burney, praticada do lado direito nos casos de apendicectomia.

Separadas as fibras do grande oblique e seccionadas as de pequeno obliqua e transversa abri o peritonéo, sahindo por essa occasião liquido de exsudato peritoneal. Com o indicador da mão direita, introduzido atraves da botoeira da parede abdominal, dirigindo o seu contacto com as paredes de fossa illiaca esquerda, fui a procura do colo descendente ou do S illiaco, encontrando uma parte do intestino, enormemente distendida que foi pegada e puchada para o exterior. A alça intestinal apresentava-se de côr vermelho-escuro (devido á occlusão intestinal completa) não se percebendo as franjas epiploicas, que normalmente servem de ponto de reparo para o diagnostico topographico da alça exteriorisada.

Na duvida se era ou não o colo ou S illiaco que a constituia, procurei segui-la, puxando a sua parte distal, pois se fosse intestino delgado prolongar-se-ia muito, ao passo que se fosse o colo ou S illiaco, essa pesquisa teria um limite certo, o que effectivamente se deu.

Tratei então de fixar-a por dois pontos cardeaes ás

extremidades da incisão cutânea, abrangendo nos pontos os músculos com suas aponevroses o peritônio parietal, o intestino, e consecutivamente da outra borda, o peritônio parietal, as aponevroses e músculos. Em seguida passei 2 pontos de cada lado das bordas da incisão fixando o intestino a ellas, terminando assim a intervenção, sem abrir a alça intestinal exteriorizada.

Penso aseptico oclusivo.

Não quiz abrir immediatamente o intestino, não só por já haver quatro dias de oclusão intestinal, á qual as crianças recém-nascidas apresentam tolerancia admiravel, provavelmente pelo pequeno desenvolvimento da flora microbiana intestinal, como tambem para garantir as adherencias do peritoneo parietal ao visceral, evitando a contaminação da cavidade peritoneal, pela exclusão completa. A doentinha que supportou admiravelmente a narcose e a operação, foi levada para a sua residencia para ser amamentada por leite materno, condição que muito pode auxilliar ao resultado operatorio, evitando as complicações gastrointestinaes da alimentação artificial em um intestino já enfraquecido pela oclusão completa.

No outro dia ás 7 horas da manhã, fui á casa da doentinha e, retirado o penso, protegida a pelle por uma camada de pomada de oxydo de zinco, fiz a abertura do intestino exteriorizado com a faca de termo-cauterio de Paquelin. Immediatamente o meconio verde escuro foi espulsado em grande quantidade e o anus illiaco artificial provisório começou a funcionar.

Os vomitos cederam por completo, a alimentação pelo leite materno foi regulada e a criancinha teve se-

quências operatorias, esplendidas, sem ter havido a menor reacção febril.

Cuidados de antisepsia fôram tomados, consistindo em pensos repetidos, protegendo-se sempre a pelle com a pomada isolante de oxydo de zinco. Hoje conta a doentinha 15 dias de operada, podendo se vêr que o funcionamento do anus artificial é perfeito.

Para procurar uma orientação sobre o ponto em que está collocada a porção terminal do recto, trouxe ao exame reentgoscopico, que foi feito pelo nosso illustre consocio e meu prezado mestre e amigo Prof. Fróes, usando de uma sonda de Gaillard cheia de chumbo, propria para dilatações uretraes, opaca portanto aos Raios X, que nos indicou estar ella alta, collocada approximadamente na cavidade pelviana, ao nível da pubis. Tendo deste modo resistido a doentinha a esta primeira intervenção, pretendo em breves dias tentar o restabelecimento da continuidade do recto com o canal anal, fazendo uma perineotomia posterior, descollando os tecidos, até encontrar o recto que deverá ser reparado por meio de uma sonda de Hegar fina, introduzida através do anus illiaco, sonda que terá o fim de abaixar o recto. Encontrada essa extremidade do recto e bem mobilizado, farei uma abertura ou antes a excisão do fundo do sacco rectal e do fundo do sacco anal e uma sutura circular total das duas extremidades, a ver se consigo utilizar o anus existente e provido do aparelho esphincteriano, evitando a incontinencia de fezes.

Preferi a intervenção em dois tempos, pelas razões já explanadas, baseado nas opiniões dos competentes

como Estor (*pag. 34 Guid. Pratique de Chirurgie Infantile*), Kirmisson (*Precis de Clinique Infantile*), Charles Bell (*pag. 53, The rectum, its diseases and developmental defects*) o qual cita um caso, operado em dois tempos por elle; tendo sido a segunda intervenção executada aos 6 mezes, Willard (*pag. 15 Surgery of Childhod*) Mosloviez (*Revue de Chirurgie 1909 pag. 646*) Discussão sobre os processos cirurgicos a serem empregados: abertura simples; incisão perineal; pesquisa do recto, abaixamento e fixação pelo processo de Amussat; colotomia; recto-plastia por via abdomino-perineal combinadas.

Nevralgia facial de origem dentaria

PELO DR. OCTAVIO TORRES

Professor substituto de Pathologia Geral na
Faculdade de Medicina da Bahia

E. F., com 22 annos de idade, branco, solteiro, estudante de medicina, natural da Bahia, teve uns accessos dolorosos no lado direito da face, em 1912. O principio foi insidioso, tendo sentido a primeira vez a dor no rosto, após haver contrahido forçadamente os respectivos musculos.

A principio a sensação dolorosa apparecia de 15 em 15 ou de 20 em 20 dias.

NOTA:— A creancinha ja foi operada, pela segunda vez, com feliz exito, promettendo eu, em proximo artigo, completar a observação, fazendo considerações a respeito do inicio de conformação do recto.

As dores eram localizadas principalmente nas regiões malar e geniana e reflectiam-se nos musculos do lado direito da face. A dôr era muito imprecisa.

Os accessos dolorosos repetidos desapareceram no fim de algum tempo.

Em Maio de 1915 teve fortes accessos de nevralgia, que appareciam subitamente sem causa apparente, ao contacto do menor objecto com os labios ou com o rosto, em horas as mais variadas e ás vezes provocadas pelos menores movimentos (voltar a cabeça, mastigar, etc.), principalmente por occasião das refeições.

As vezes quando tocava no labio superior, durante a refeição, com o garfo, o accesso de nevralgia bem caracterizado se manifestava. Outras vezes bastava passar a lingua no labio superior ou sentir uma corrente de ar para aquelle sobrevir. A dôr era pungente, lancinante, como se passasse uma corrente electrica, ás vezes mesmo fulgurante, durando poucos segundos.

Para deter os accessos recorremos então aos diversos topicos anodinos e anti-nevralgicos, não tendo desaparecido por fim a nevralgia.

Mostramos o paciente a diversos outros collegas, Professores GONÇALO MONIZ, EDUARDO DE MORAES e FERNANDO LUZ.

O querido mestre e amigo Professor GONÇALO MONIZ após um rapido exame disse que a nevralgia estava ligado a qualquer affecção dentaria (infecção provavelmente) ou a alguma ferida de uma das regiões da garganta, da bôcca, do nariz, do ouvido,

etc. O illustre Professor EDUARDO DE MORAES fez-nos o obsequio de proceder ao exame rigoroso das cavidades buccal, laryngeal, pharyngeal, nasal, etc., a fim de ver se descobria alguma lesão ou parte exposta de algum ramusculo ou filete nervoso que explicasse a nevralgia, nada encontrando por m.

Ligou os accessos de nevralgia a uma *bridge* dos incisivos superiores direitos de que o paciente é portador. Esta *bridge* supporta os dois incisivos do lado direito e é presa ao canino do lado direito e ao primeiro incisivo do lado esquerdo por meio de um forte fio de platina muito resistente.

Estes dentes eram sãos e foram perfurados para execução deste trabalho. O Professor MORAES aconselhou ir ao dentista tirar a *bridge*.

O paciente procurou seu dentista, este examinou bem a *bridge* e não quiz tiral-a dizendo não estar nella a causa da nevralgia.

O doente levou nisto perto de 20 dias a um mez e para passar os accessos de nevralgia, já então fortísimos, usava pulverizações de chlorethyla.

As pulverizações continuadas determinaram a formação de pequenas placas de gangrena, no limite da mucosa com a pelle.

O meu distincto collega e amigo FERNANDO LUZ vendo estas placas, em numero de 3, tendo 2 millímetros de diametro cada uma, pensou em uma *mycose*.

Tíramos material para exames e culturas e, antes que fossem concluidos, iniciamos umas injecções diarias de iodona e applicações electricas de corrente

continua, collocando as placas uma na nuca e outra na região geniana.

Os exames e culturas foram negativos.

Com o tratamento a nevralgia diminuiu de intensidade; os acessos espaçaram-se e desapareceram no fim de pouco tempo.

O paciente passou até fins de Outubro de 1915, quando teve uma infecção, na gengiva que contorna o dentequero do lado direito do maxillar inferior, seguida da formação de uma bolsa e de trismus do masseter.

Alguns dias após ter ficado bom desta infecção, começaram a aparecer os acessos de nevralgia á principio, isolados, de curta duração, verdadeiras ameaças de nevralgia, depois verdadeiros acessos característicos, muito approximados, reincidentes, com paroxismos. Estes que eram espaçados tornaram-se mais frequentes impossibilitando o doente de ler e estudar para os exames a que tinha de submeter-se.

Os acessos appareciam á noite, interrompendo o somno, impossibilitando-o mesmo dormir, ou a qualquer hora do dia, impedindo-o de fazer qualquer trabalho a que se entregasse.

As refeições eram laboriosas, e interrompidas pelos acessos de nevralgia fortissimos, seguidos de congestão da face, rubor, pulsação arterial, e seguidos de lacrymejamento e secreção nasal abundantissima.

Para poder alimentar-se recorria ao seguinte artificio: passava o lenço dobrado sobre o labio superior amarrando bem apertado por detraz do pescoço.

Os acessos começavam ordinariamente de um modo

subito e por causa mais ou menos apparente, physica ou moral, local ou distante. A mastigação, a abertura da bôca, o becejo, a deglutição, o fallar, o riso, o espirro, uma corrente de ar, o rumor o accender a luz do quarto onde dormia, uma luz viva, a lavagem do rosto; qualquer movimento brusco com a cabeça, a defecação etc., provocava um accesso caracteristico da nevralgia facial.

Feito o tratamento que da primeiro vez deu tão bons resultados, desta vez não sortiu melhor effeito.

O doente estava bastante nervoso e quando lhe apparecia o accesso de nevralgia, sentia tamanha dor que dava soccos no rosto e apertava a cabeça, até passar o accesso que durava, de ordinario, de meio a um minuto.

Insistimos para que fosse ao seu dentista Snr. AUGUSTO DAMAZIO DE SÁ para tirar a *bridge* e brocar os dentes do lado da nevralgia até dar com a causa.

Acompanhamos o paciente a casa do cirurgião dentista. O Snr. DAMAZIO DE SÁ não quiz tirar a *bridge* explicando-nos como a tinha collocado e então por conselho do Prof. GONÇALO MONIZ e por insistência nossa direi, os premolares e grandes molares, tende apenas um dos pequenos molares obturado.

Os dentes exteriormente nada apresentavam de anormal, nem signal de carie. O paciente supportava perfeitamente a acção da broca sem sentir a menor dôr, trabalhando o cirurgião com um aparelho protec-

tor dos lábios pois o menor choque neste, principalmente o superior, produzia a nevralgia.

Após uma secção de perfuração passava melhor. Foi abrindo por secções 2 e 3 dentes por dia e depois de terminada a perfuração dos dentes do maxillar superior passou aos do inferior principiando pelo queiro, que apesar de não mostrar carie externamente estava fortemente infectado, com cheiro intoleravel, sentido não só pelo paciente, sinão também por nós outros. Como este estavam os dois outros grandes molares cujos filetes nervosos estavam reduzidos a uma papa arroxeadada e com cheiro bastante fetido.

O segundo premolar superior tinha uma exostose, não foi possível encontrar o canal natural, tendo o cirurgião feito um artificialmente por meio da broca.

O primeiro pre-molar tinha infecção, assim como o terceiro, que estava obturado.

Após a abertura dos dentes sentia-se melhor, as melhoras, porém, só se accentuaram quando o paciente fez a perfuração do queiro e dos molares inferiores do lado direito. A introdução do estylecte para tirar os filetes nervosos, nada determinava, nem mesmo a mais insignificante dôr.

O paciente continuou a tratar dos dentes, desinfectando-se e depois de desinfectados, obturando-os com borracha, a qual substitue de vez em quando, ainda não os tendo obturado definitivamente.

Alem deste tratamento continua fazendo applicações electricas.

Pensamos que pela descripção acima está bem justi-

ficada o titulo desta observação de «neuralgia facial de origem dentaria».

A maioria dos autores consideram a neuralgia facial como uma syndrome, correspondente a diversos estados morbidos.

De todas as neuralgias, a neuralgia facial, pode-se affirmar, (a que ocorre com maior frequencia.

O maior numero de observações foi feito em individuos adultos de 20 a 50 annos, nas pessoas nervosas, excitaveis. O nosso observado é de temperamento nervoso e estava em epocha de exames.

Entre as infecções capazes de produzir a neuralgia facial citam-se: a malaria, a febre typhica, a syphilis, a influenza, a escrofula, a tuberculose, etc., e entre as intoxicações podemos referir: — o alcool, o fumo, o arsenico, o chumbo, o phosphoro, etc., e ainda a estase intestinal, a coproestase, o rheumatismo, o resfriamento (WALLEIX).

Temos ainda as causas traumaticas, contusões, feridas, corpos extranhos, cicatrizes, fracturas, as perturbações da circulação, etc.

Alem das causas citadas podendo dar origem á neuralgia facial temos muitas outras.

Na bocca: a alteração da mucosa buccal ou dos dentes. Nestes pôde existir a carie dentaria simples, a periostite alveolo dentaria circumscripta e lenta, a pulpite—*dying pulpy*—pequenos tumores, concreções calcareas, etc., alterações essas, que constituem o ponto de partida e a base anatomica de muitas, senão de todas as neuralgias faciaes segundo BAYLEY, GARRETSON, BONNCKEN, GROSS, FRIEDBERG,

NANCOURT, JANE, DUPLAY, OPPENHEIM, WHINTERBOTTOM, que acreditam tambem na seguinte causa:—*os dentes não despontados*. (WEPFER, DÚVAL, ANDRÉ, BELLINGERI, SYDENHAM, FRANK, JESSOP, FERRIER acreditam que a extracção dos dentes seja não só inútil, mas prejudicial, aggravando o mal e concorrendo a tornal-o estavel, mesmo intratavel e por esta ultima razão negám que a nevralgia tenha sua causa nas alterações dentarias).

Nos olhos: ophthalmias, exophthalmias, alterações anatomicas profundas de globo ocular, foram incriminadas.

No nariz e cavidades dependentes—seios e antro de HIGHMORE,—e coryza, o accumulô de secreção, os polypos, etc.

Na pelle da face—varias dermatites.

Póde existir a nevralgia quando houver estreitamentos dos buracos e canaes de passagem dos nervos, gomas, tumores, aneurysmas, na base do craneo, compressão degeneração do ganglio de GASSER, etc., etc.

Nos ossos do craneo — fracturas, calos, processos inflammatorios ou tumores, periostite syphilitica, carie do temporal, etc.

A nevralgia facial póde ainda ter por causa uma alteração inflammatoria e degenerativa dos nervos, corpos extranhos, concreções calcareas, neuromas ou outros pequenos tumores, cicatrizes, etc., na circumvizinhança delles nervos, irritando-os.

Foram accusados de provocarem a nevralgia facial—alterações diversas no intestino, no figado, nos orgãos

genito-urinarios, nos nervos das articulações, etc. (verdadeiras nevralgias reflexas).

A dôr na nevralgia facial é sentida em um dos ramos do trigemeo, sendo de excepcional raridade a bilateralidade.

A séde da dôr raramente é referida á pelle, de ordinario é uma sensação profunda. O nosso observado sentia o início profundamente, mas parecendo que a origem era localizada no ramusculo do labial superior (segundo ramo de trigemeo), que innerva o terço externo do limite da orla avermelhada. Este ponto, como muitos outros, é séde de onde se irradiam as dores mais ou menos accentuadas.

Comprimindo levemente um espaço limitado pôde-se provocar uma *hyperesthesia* mais ou menos manifesta e um paroxismo doloroso, «o qual é mais exarcebado pela leve pressão, enquanto a pressão forte pôde abortar o accesso». SALOMONI—Nevralgie faciale.

LENDER liga o mechanismo do accesso doloroso a phenomenos de phlogose dos proprios nervos.

Lembramos que o nosso observado quando sentia o accesso comprimia fortemente com um leuço, a região do labio superior e geniana.

Nos intervallos dos accessos pôde haver ligeira dôr ou sensação particular de máo estar—ou mesmo euphoria, se a molestia já é de data remota.

O paciente nos intervallos da dôr passava bem, apenas ficava como que de espreita, temendo a volta do accesso e receiava falar, rir, abrir a bôcca, etc., a fim de não provocar um paroxismo doloroso.

Os accessos podem ser periodicos, quando se tratar

de uma nevralgia de origem palustre ou corresponder ao período catamenial, somente apparecendo as dores por esta occasião.

As dores irradiam-se do ponto do inicio podendo ser centrifugas ou centripetas.

Convem referir que o paciente por occasião do accesso tinha forte congestão da cabeça, mais accentuada do lado direito, o da nevralgia (que ficava bem vermelho), —sentia calor no rosto, forte pulsação das arterias e apresentava além disto um ligeiro edema não só do labio superior, como da região geniana direita.

Apresentou tambem herpes labial, angina pultacea, ligeiras placas anegradas na pelle da bochecha e região geniana, o que figura como phenomeno de natureza tropica.

No caso em questão não havia impaludismo nem syphilis, tendo sido feitos os exames precisos para a sua exclusão.

Esta observação fez parte de uma communicação, por nós feita á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia, em 11 de Junho de 1916.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

DISCURSO DE AGRADECIMENTO PRONUNCIADO PELO PROFESSOR OSCAR FREIRE POR OCCASÃO DE SUA POSSE DE MEMBRO HONORARIO, EM 4 DE OUTUBRO DE 1917.

«Exmo. Sr. Professor Presidente;

Exmos. Srs. Academicos;

São taes, são tantos, tão fundados, tão justos os receios que me salteiam neste momento, que não ousei confiar aos azares da improvisação traiçoeira as poucas

e despreziosas phrases com que desejava dizer-vos singelamente o meu agradecimento pela honra insigne que me concedestes.

A confissão da timidez invencível, que me enleia e perturba, não é um artificio rhetorico para captar os favores da vossa caridade.

Modesto professor provinciano, obscuro entre os mais obscuros, formado na exaggerada condescendencia de um meio naturalmente inclinado á benignidade, aclimado irremissivelmente a uma existencia profissional apagadissima, e repentinamente transportado ao mais brilhante centro scientifico da medicina brasileira, no destaque emprestado pela generosidade sem par da vossa eleição, como poderia eu não sentir, como o deslumbramento da rapida mudança, os receios mais justos, os temores mais fundados?

Longe do amparo, do conselho assiduo dos meus livros, e, o que é mais, desse pequeno thesouro intellectual que os trabalhadores mais humildes possuem, as minhas notas, o pequeno archivo das minhas observações e da minha experiencia,—sorprehendido, ademais, pela incommutavel exigencia desta cerimonia quando ainda não refeito dos abalos da doença e, desta arte, obrigado a furtar alguns instantes ao repouso da convalescença, eu deveria reconhecer a temeridade da ousadia com que estou a desmerecer da vossa bondosa espectativa. Mas, a imminencia de retornar ao curso dos meus trabalhos profissionaes no meu Estado natal me induzia a aproveitar-me logo da oportunidade unica para vos agradecer, por mais que a consciencia vigilante me avisasse do perigo inevitavel de, com a

minha presença, desfazer as illusões, que de mim podíeis ter formado. Para mim mais valeria o silencio, — enigmatico, fecundo de duvidas, pleno de suspeitas de valores não possuidos, — do que exhibir-vos, em sua nudez desconfortante, o engano em que, pelas irrecusaveis refracções da distancia, andou, no que a mim respeita, transviado o vosso julgamento sempre recto. Aqui pretendia eu entrar sem ruido, sem que me percebesseis sequer; acolher-me, humilde e silencioso, á vossa sombra abrigosa, sem perturbar a paz sadia dos vossos trabalhos.

Haveis de perdoar assim melhor a minha presença. E, conformado á humildade, que eu sou, e em que vivo feliz, affeiçãoado á quietude do esquecimento, eu me sentiria inteiramente a gosto. Na terra chã, sem um relevo forte, onde se occulta o murmurio tenuissimo da minha existencia, foi sempre assim, num contrito silencio que me acolhi á protecção das sombras poderosas que me quizeram abrigar a mediocridade.

E a melhor funcção da vida mediocre é certamente essa de reflectir, com serena humildade, a grandeza triumphal das altivas cumiadas no estemma luminoso de sua gloria.

Advertido, porem, de que tal proceder quebraria a continuidade de tradições veneraveis e convencido de que praxes, nunca desrespeitadas, impunham ao recipiendario o dever desta cerimonia, obedeci. Mas, precisava explicar-vos lisamente os meus intentos e inteirar-vos da contingencia, a que, por não faltar aos deveres da cortesia, tive de me submitter resignado.

Não que desestime a occasião asada para patentear-

vos a satisfação, o orgulho, a gloria de pertencer ao vosso gremio.

Para ajuizardes o que este momento é para mim, basta que vos confesse que, por entre a gratidão e a saudade, elle evoca a estancia feliz da minha mocidade no melhor de seus enthusiasmos e de suas esperanças. Toda a minha vida, com os seus dias mais intensamente vividos, com todas as suas coisas mais longinquas, que o tempo, cego e mudo, afastou e deliu, resurge agora, revêça como nua floração de primavera. Tenho a illusão de falar-vos sob os affagos da mocidade, que retorna compassiva. Revivem as claras visões daquelle doce amanhecer, como se nesse outomno enfermício pudessem ainda reverdecer, exuberantes, as forças triumphaes da vida vencedora. E vós todos, que conheceis a infinita doçura, com que, nas horas calmas da maturidade, na clareira de um dia feliz, relembramos o passado, avaliareis com que suave commoção, na melancolia deste entardecer pesado, opaco, plumbeo, diviso ainda, na listra escura do horizonte, a graça virginal das brancas velas pandas dos sonhos que me restam, e reconstruo saudoso, um empós outro, os sonhos que se foram, os sonhos que não realizei.

Concedestes-me o supremo encanto de viver, fugidamente embora, desprendendo-me da realidade acabrunhadora para a felicidade de uma existencia mais alta, um instante longamente esperado entre as demasias das ambições maiores!

Vae para vinte annos que a ardente admiração votada a FRANCISCO DE CASTRO me attrahiu á Capital da Republica, no intuito de acompanhar os ensinamentos

daquelle que era bem a gloria mais legitima, o orgulho maior da nossa profissão. Nas horas de lazer, assiduo na assistencia ás sessões desta ACADEMIA, installada, então, nos commodos do velho *Pedagogium* e guiada por um conterraneo illustre, que a indifferença injusta dos tempos não faz lembrado como merecera—SILVA ARAUJO,— o estudante nortista aspirou, como um premio para uma existencia que as suas ambições futuravam trabalhosa e util, á honra do vosso convivio.

Não poude ser. A vida, sempre desobediente aos dictames da esperanza, não quiz assim: fez a aspiração esquecida.

O vosso gesto, generoso, reviveu o sonho e o realizou em sua plenitude. E eu queria comprehendesseis nitidamente o que foi para mim esse vosso almo gesto de bondade, os sentimentos que elle fez brotar, a somma de animação, de energia, de coragem, de confiança, com que blindastes a minha mediania para a asperrima luta em pról dos nossos mais alevantados idéaes. Era tudo isso que almejava dizer-vos, sem mimos de forma, sem ansias da *originalidade*, lisa, despretensiosa mas incisivamente, numa concisão e numa clareza que vos empolgassem e que vos convencessem. Não exaggero, pois, a minha inquietação, sentindo o desequilibrio torturante da palavra tropega, imprecisa, sem o vigor, a agilidade, a vibratilidade, a energia communicativa necessaria para traduzir, em avassaladora evidencia, a torrente de sentimentos, de idéas de recordações, que me commovem e animam e que a sua incapacidade represa e inutiliza.

Entretanto, a honraria, com que me elevastes até vós, por ser uma das maiores da minha existência, por prezal-a entre as mais caras nos foros da minha estimação, não me deslumbrou a ponto de esvanecer a consciencia do meu desvalor. Por mais poderosas que fossem as exaggerações ampliadoras da bondade, agravadas pelas traições da distancia, que só permite se desenhe o esquema dos contornos, sem meudeá-los nas suas fraquezas e nos seus defeitos, reconheço que não foram meritos pessoaes que até aqui me trouxeram.

A minha função na vida profissional do meu paiz não pode ir além do culto e da homenagem: para honrar as letras medicas a natureza injusta só me concedeu o direito de render a reverencia humilde e de prestar o applauso entusiastico. Não me illudo. Sou bem uma parcella insignificante daquelle cimento de vulgaridade que o philosopho apontava como indispensavel para completar todas as obras humanas, as grandes creações do talento e do genio, porque as une e conforma, reflecte e multiplica, dando-lhes, assim perennidade.

Percebo que, elegendo-me, pensastes em manter constante o zêlo com que tendes procurado estimular os trabalhadores, melhor ou peor aquinhoados, que na nossa seara mourejam afastados nos diversos Estados da Republica, vinculando-os á vossa actividade fecunda.

E', realmente, desoladora a dispersão de energias no que tange ao trabalho scientifico no Brasil. A anciedade de firmar em bases definitivas a nossa emancipação scientifica ainda não permittiu fosse encarado resolutamente esse lado do problema. Os grupos intellectuaes, constituídos nas capitães de cada um dos Estados da

União brasileira, — já de si, por contingencias geographicas, irregularmente derramados na enorme extensão do nosso territorio, — vivem, lutam, agem, isolados, sem o reciproco amparo, sem o conhecimento reciproco, sem a constante permuta de estímulos e de serviços, filiando, via de regra, os seus movimentos a suggestões estrangeiras, porque infelizmente o intercambio intellectual é muito mais facil com a Europa do que com os varios Estados, no seio da propria nação.

O figurino intellectual do paiz talhou a nossa orientação pelo desprezo (quantas vezes injusto!) da producção nacional, e pela admiração (quanta vez demasiada!) da producção exotica.

Mercê dessa voluntaria ignorancia de nós mesmos, muitas vezes succede que o citar estudos de insophismavel valor, feitos no Brasil, e no Brasil em nossa lingua publicados, seja como falar entre extranhos, de obras estrangeiras, vasadas no esconderijo precioso de linguas mortas e obstrusas.

Raro em raro, a tentativa misericordiosa de uma boa vontade exhumada e revela um esforço inapreciado, um nucleo de vitalidade intellectual desconhecido. Mas, não serão muitos os que hão de lograr a ventura de ver, dest'arte, aproveitadas para a construcção da nossa sciencia as contribuições do seu trabalho muito arduo e, fartaes vezes, inçado de sacrificios e dedicações.

Até nos livros didacticos não é exepcional manter-se desprezador silencio pela actividade scientifica, modesta mas effectiva, de alguns Estados da Republica. E eu, de mim, prefiro bein o silencio, porque temo que o substitua, impiedoso, o motejo dos erros, reaes ou

imaginarios, que a ingenuidade provinciana haja commettido.

Semelhante afastamento entre a fulgurante actividade scientifica da Capital brasileira e a de cada um dos Estados dá-se tambem de referencia aos Estados entre si. E, se a vida scientifica do centro, porque exuberante de seiva nova e poderosa, não esmorece com o isolamento, não ha contestar que elle influe desastrosamente no que concorre á elaboração scientifica nos diversos Estados da União. As energias intellectuaes em cada um delles existentes, para serem realmente proficuas, dando o seu rendimento maximo, precisam vir ao coração do paiz, donde, integradas a forças provenientes de outros nucleos, poderão irradiar beneficamente por todas as fracções intellectues do nosso territorio.

Muitas iniciativas, muitas actividades capazes de producção original e util, insuladas na estreiteza do ambiente local, sem eco, sem a sufficiente propagação multiplicadora, defiuham, desapparecem, extenuadas pela falta do estimulo, que, aliás, facilmente surgiria de uma constante troca de idéas e de incitamentos entre o luminoso centro de systema, que, é a Capital, e cada uma das parcellas componentes da União brasileira.

No Brasil, infelizmente, trabalhar fóra do Rio é trabalhar sem a certeza da eficiencia do seu esforço, é trabalhar para o esquecimento. Aqui, os grandes ou pequenos impulsos poderão produzir effeitos no paiz inteiro. Em cada Estado porém, a capacidade de maior lobar imaginavel não poderá aspirar a mais do que a

acção reduzida e problematica no meio restricto, em que se originou.

Não fosse o empenho com que tendes lutado contra essa segregação prejudicialissima e muitos luminares se extinguiriam, na Bahia, por exemplo, na sua gloriosa Faculdade, sem que a sua passagem, a sua vida e a sua obra fossem recordadas sequer na indifferença de uma trivial citação. Com que magoa ainda assim vejo ignorados no paiz inteiro vultos que encaneceram nobremente, servindo á causa do ensino, educando a mocidade da minha terra, que com tanto orgulho têm sabido provar que é brasileiro! Raramente, ao gizar a linha ascencional do evoluer do nosso ensino medico, figuram referencia a homens como ANTONIO FERREIRA FRANÇA, FRANCISCO DE PAULA ARAUJO E ALMEIDA, EDUARDO FERREIRA FRANÇA, MALAQUIAS ALVARES DOS SANTOS, JONATHAS ABBOTT, JANUARIO DE FARIAS E RODRIGUES DA SILVA, cujo ensino na Faculdade provinciana, cheio de fulgor, podia soffrer vantajosa comparação com o melhor da epoca. JONATHAS ABBOTT, por exemplo, constitue no ensino brasileiro uma figura singular, pelo inexcedivel progresso, que, numa epoca de verdadeiro isolamento scientifico nacional, conseguiu, com os sós recursos locais, imprimir ao ensino da anatomia na Faculdade bahiana, a ponto de despertar calorosos e justos economios estrangeiros.

Até de gerações bem proximas de nós, muitos dos que tem honrado o magisterio bahiano, completamente desconhecidos, fóra da provincia não têm a estima e o apreço que merecem. Exemplificando. Entre os mais notaveis no professorado dos meus tempos de estudante

na Faculdade, vejo, com pezar quasi ignorados, nomes como o de PEDRO CARRASCOSA, notavel professor de abençoada memoria; e entre os vivos, já afastados do ensino — o de ANISIO CIRCUNDES DE CARVALHO, bello talento alliado a uma encantadora arte de transmittir e estimular; — o de LUIZ ANSELMO DA FONSECA, espirito de rara cultura sempre voltado para os problemas mais serios da nossa existencia e um dos conhecedores mais abalisados do ensino e da historia medica do Brasil — o de CLIMERIO DE OLIVEIRA, typo de mestre, erudito e competente, formosa intelligencia, actividade inexcedivel, admiravel de trabalho e de organisação, — o de GUILLERME REBELLO, um dos docentes de talento mais brilhante do seu tempo; — o de FREDERICO DE CASTRO REBELLO, figura de real destaque nos fastos da clinica na Bahia; — o de ALEXANDRE DE CERQUEIRA, consummado especialista, clinico competentissimo e dedicado; — o de PEDRO CELESTINO, uma das organizações mais perfectas, mais completas de mestre que em toda a minha vida se me deparou. Bem poucos, como o venerando PACIFICO PEREIRA, em cuja sadia velhice esplende maravilhosamente immarcescivel juventude de espirito e de coração, gozaram a ventura de ver no paiz inteiro a justiça dos coevos premiar-lhe os feitos valorosos.

Muitos dos que escaparam a tão lamentavel esquecimento deveram em grande parte ao vosso gesto de procura-los na sombra provinciana. Assim, o venerando J. FRANCISCO DA SILVA LIMA, cujos estudos iniciaram na Bahia a nacionalização da medicina experimental, — ALFREDO BRITTO, incomparavel mestre, creador da phase actual do ensino medico bahiano glorioso espirito,

cuja fulgurante energia semeou prodigamente searas opimas, que a morte lhe não permitiu ver na magnifica sação dos seus fructos opulentos;—RAYMUNDO NINA RODRIGUES, o espirito original da Medicina Legal Brasileira, na phrase insuspeita e justa de AFRANIO PEIXOTO—.....e tantos outros.

Esses mesmos, que com justiça acabo de ouvir citados como representativos da vigorosa pleiade actual do meio intellectual bahiano, firmes e denodados cooperadores da nossa independencia scientifica, cujos nomes repito com justificado orgulho, PIRAJÁ DA SILVA, GONÇALO MONIZ, PINTO DE CARVALHO, CLEMENTINO FRAGA, JOÃO FRÓES e PRADO VALLADARES, sómente conseguiram revelar-se, graças á acolhedora sympathia que em favor delles a vossa pertinacia e o vosso exemplo crearam.

Não posso fazer detença nas minudencias do problema que desafia evidentemente a paciencia de uma analyse cuidadosa. Assignalo o phenomeno; não quero devassar-lhe as causas, nem pretendo averiguar responsabilidades.

Confessarei, entretanto, lealmente que boa parte da culpa cabe á propria classe medica dos Estados.

No Brazil cultivava-se entre os medicos pernicioso ineditismo. E nos Estados o ineditismo é regra quasi sem excepção. Eminente entre os maiores, ALFREDO BRITTO deixou espolio scientifico pauperrimo, comparado á quantidade assombrosa e á soberba qualidade dos ensinamentos oraes que transmittiu aos seus discipulos e que hão de fatalmente perder-se.

O meio provinciano, não comportando o luxo das

edições faceis, mata de nascença as melhores vontades de publicidade. Demais, os que trabalham na provincia escondem com avaro cuidado e egoistica preguiça o cabedal que accumularam.

O receio á publicidade é uma característica dos ambientes limitados, em que as reputações, não raro, precipitadas, se temem da audacia demolidora da inveja e da maledicencia.

Defrontamos no particular o incessante desfiar de um circulo vicioso. O receio provinciano á publicidade restringe a producção. A producção, pobre, motiva o desinteresse dos meios mais adeantados e explica e afastamento dos nucleos intellectuaes dos Estados entre sí. O desprezo pelas contribuições locaes, diminuindo a esphera da acção de cada actividade, é incontestavelmente uma das maiores causas da falta de estímulo e, consequentemente, alimenta, intensifica, faz alastrar o medo da publicidade, que, com razão, é apontado, por sua vez, como factor da reduzida producção provinciana.

Mas a imprensa medica dos Estados é insufficiente para a luta, não pode por si destruir os lastimaveis preconceitos actuaes. Prova conveniente: a «GAZETA MEDICA DA BAHIA», o mais antigo organ da imprensa medica brasileira, contando mais de cincoenta annos de existencia laboriosa e utilissima, guardando em seu seio paginas aureas da historia da medicina nacional, jamais conseguiu leitores assiduos e numerosos fóra do Estado.

Incontestavelmente a propaganda deve partir do centro para cada um dos Estados da União,

Nem objecte o desconsolo do pessimismo que o resultado será desanimador, ressaltando a desproporção entre as energias e o premio escolhido. Nem se diga que a mesquinhez do trabalho proviciano não compensará as fadigas de uma luta tenaz. Por menor que elle seja, annulla-lo é evidentemente diminuir, lesar o patrimonio intellectual do paiz. Ademais, foi na provincia, na Bahia, com SILVA LIMA, WUCHERER, PACIFICO PEREIRA, PATTERSON, PEDRO SEVERIANO DE MAGALHÃES, que medraram os primeiros germens da sementeira promissora para libertação da sciencia medica brasileira da tutela esterilizante dos modelos europeus.

A sciencia, capaz de definir o vigor de uma nacionalidade jámais poderá ser producto de um só nucleo, de um só grupo, de um só meio, por mais eminente que elle seja.

Num paiz em que as capacidades de trabalho não são frequentes, é criminosa prodigalidade permittir que se dissipe qualquer somma de actividade util. Economizar as energias aproveitaveis, fortalecendo-as numa intima e bem orientada collaboração, é o segredo da nossa definitiva emancipação scientifica.

Não tenho a ingenuidade de suppor que phenomenos sociaes, oriundos de causas multiplas e complexas, que intendem com a propria tessitura, da nossa nacionalidade, e que dependem, quiça, da instabilidade ethnica da nossa *gens* e da sua conhecida e proclamada indisciplina mental, se subordinem á acção exclusiva da vontade individual e sejam remediaveis com um movimento, posto que poderoso, mas não alicerçado nas tendencias

da alma collectiva. Não commetteria o absurdo do pretender, nem com o meu desejo intenso, subverter o determinismo de factos naturaes, dimanantes de condições preexistentes que nos não é dado modificar ao nosso grado.

Tempo ao tempo.

A transformação exigirá modificações, que todos esperamos dos tramites de uma natural evolução, e de uma demorada propaganda, que não deve, porém, arrefecer e vacillar.

O momento não podia ser mais opportuno. A guerra européa forçou-nos a um patriotismo menos sonoro, porém mais efficiente; deu-nos tempo para olharmos para nós mesmos; forçou-nos a vivermos de nós, á custo dos nossos recursos. Cansados de sermos intermitentemente descobertos pela perspicacia elegante e mercenaria de viajores famosos, descobrimos-nos afinal. E o nosso facil espanto já vislumbra em meio de uma multidão de males, de defeitos, de vícios e de mazellas, algumas qualidades, algumas virtudes, que, orientadas e aproveitadas do melhor geito, poderão levar-nos á a um futuro melhor.

Perseverai, Senhores da ACADEMIA, no louvabilíssimo intento de réclamar á vossa collaboração as forças vivas da intellectualidade brasileira, dando á campanha a extensão e a intensidade que o momento propicia. E, enquanto as rinhãs politiqueiras, assulando pequenas dissensões, insuflando odios adormecidos e agravando divergencias reparaveis, preparam a desaggregação do paiz; enquanto administrações imprevidentes deixam o norte abandonado, fomentando, perniciosamente,

hostilidade por uma união que, acarretando serios onus, nem sempre traz compensadores proventos, tão desigual é a partilha de favores entre os Estados irmãos; esta ACADEMIA, se conseguir interessar no patriótico emprehendimento todos os espiritos de bôa vontade, integrando a elaboração scientifica nacional que se pronuncia alviçareira, num todo harmonioso, a que concorrerão os elementos do paiz inteiro, de norte a sul, fortes ou fracos, vultosos ou mesquinhos, e preparando dest'arte a maioridade mental das novas gerações, fará obra benemerita pela unificação nacional, não na virtualidade das convenções politicas, senão na mais sadia das realidades.

E o mais urgente é pôr em permanente contacto os operarios dessa obra grandiosa, espalhados nos varios recantos do Brasil, dar-lhes meios de se conhecerem, apontando-lhe a contribuição patricia, venha de onde vier, e orientar-lhes a actividade no mesmo caminho já seguramente traçado pela acção creadora de OSWALDO CRUZ.

Estou tão convencido de que, se forem intensificadas as trocas intellectuaes entre os medicos da Capital e os dos varios Estados da Republica, a nossa actividade scientifica adquirirá de vez a robusta individualidade, o vigor, a independencia, de que, na verdade, ainda carece, que me animo a alvitrar, como inicio da meritoria cruzada, a constituição, nesta ACADEMIA, de uma secção especial, destinada a organizar a bibliographia medica brasileira, archivando, pelo menos o titulo de tudo quanto se publica entre nós, indo buscar na origem os trabalhos humildes, em vez de esperar que aqui es-

pontaneamente venham ter, e facultando aos estudiosos informações completas sobre a produção scientifica nacional.

Ahi vos deixo, com as escusas pela desmedida audácia, com as supplicas sinceras por que m'a perdoeis, a lembrança, somente valedia pela boníssima intenção que a ditou.

Srs. Academicos.

Nos desvelos da vossa fidalguia, mandastes que me me recebessem os extremos de uma velha affeição, sempre dedicada e solícita.

Andastes generosamente. Só a amizade teria o condão de apagar falhas copiosas e de erigir em virtudes aquellas qualidades que são normaes a todo o homem honesto.

A affeição boníssima do vosso illustre representante, meu nobre amigo e eminente collega, cujo saber, cuja intelligencia e cujo character tanto aprecio, bordou commentarios tão seductores sobre pequenos factos de minha fé de officio, com tal arte dispoz, senão construiu, a imagem da minha pobre personalidade scientifica, deu-lhe tal vigor, animou tanto a illusão, que estive quasi a acreditar que tudo aquillo era eu mesmo? Em meu espirito quasi se implanta a duvida, que amargurou a conhecida personagem de MOLIERE, quando indagava, com assombro, se por acaso, sem ter percebido, se tornára de verdade um sabio!

Mas não ignoro como a piedade, a bondade, a affeição cream e transmitem, tempos em fóra, as lendas mais

encantadoras. O espirito, no vehemente desejo de perfeição, rebelde á evidencia da mediocridade contristadora, enche involuntariamente os claros, attenúa as linhas mais rudes, ao tempo em que exaggera os contornos menos desharmonicos, corrige, modifica, melhora, amplia e, emprestando-lhe o calor do seu enthusiasmo, aquece a imagem com o reflexo dos seus proprios meritos. Na formosa oração, a que estas phrases, concertadas na angustia de celeres minutos sob a pressão da urgencia, pretendem responder, vibraram apenas os nobres desejos da amisade.

Nunca esquecerei, porém, que ás finezas da vossa cortesia devi, além da grande mercê com que me honrastes, a felicidade de sentir viver neste recinto, no momento em que nelle penetrava, alguma coisa da alma heroica da Bahia, terra sempre moça e forte, que o vosso representante com filial carinho, soube exaltar na pujança de sua grandeza e de sua generosidade sem limites. Para que eu não sentisse o desalento da saudade, ás sympathias, com que me cercaes, juntastes a evocação da minha terra muito amada. Não levareis a mal o visível interaectimento que esta evocação me provoca. Amar ardentemente a terra do berço não significa amar menos o Brazil; senão amal-o melhor na esperanza de vel-o grande e forte, na grandeza e na vitalidade de todas as suas fracções do seu conjuncto, uno, coheso pela communhão de esperanças e de sentimentos, pela exacta comprehensão de seus deveres e de direitos, e capaz de enfrentar dignamente a missão altissima que a sua situação geographica no continente lhe preparou.

Restava-me somente, agora, dar-vos as melhores promessas de trabalho para corresponder á vossa benevolencia infinita.

Prefiro não fazer promessas.

Deveis ter por ellas a justificada desconfiança de todos os bons brasileiros.

A incontinençia no prometter e a insinceridade no cumprir são o nosso maior mal; e as promessas têm sido o poderoso anesthesico com que se pretende demolir a nossa justa revolta, o philtro perigoso com que se quer anniquilar a nossa ansia pelo bem e pela justiça.

Oswaldo Cruz

Traduzimos da «*Semana Medica*», de Buenos Aires, o brilhante artigo do illustrado Dr. Victor Delfino sobre a personalidade inconfundivel de Oswaldo Cruz:

«O eminente medico brasileiro, cujo desaparecimento chora o mundo scientifico, era um dos poucos sabios americanos que havia conquistado pelo seu immenso trabalho merecida fama no estrangeiro, e seu nome era pronunciado com respeito ao lado dos de Patrick Madson, Ronald Ross, Giovanni, Baptista Grassi, C. Finlay, E. Roux e outros dignissimos apóstolos da sciencia moderna, cujos trabalhos trouxeram á humanidade incalculaveis beneficios sanitarios, todos elles tendentes a augmentar o capital humano.

Nasceu o Dr. Cruz a 5 de Agosto de 1872 em São

Luiz de Piratininga (Estado de São Paulo), sendo filho do Dr. Bento Gonçalves Cruz, o qual em 1891 desempenhou o cargo de director da Hygiene.

Depois de brilhantes estudos preparatorios realizados no Rio de Janeiro, cidade que viera habitar ainda muito jovem, entrou para a Faculdade de Medicina, recebendo o grão de medico aos vinte annos de idade. Sua these inaugural. — *A agua como agente de transmissão dos microbios*, que, distincta, pela commissão examinadora, parecia annunciar o que mais tarde havia de ser seu autor, o maior propugnador dos estudos de hygiene publica na America do Sul.

Pouco depois de receber o grão, o Dr. Cruz ausentou-se para a Europa, entrando para o Instituto Pasteur de Paris, onde realizou importantes trabalhos de toxicologia geral os quaes bastaram para grangear-lhe as sympathias e a amisade de sabios de nota como Metchnikoff, Roux e Vibert.

De volta á sua patria e por indicação do professor E. Roux, director do Instituto Pasteur de Paris, a quem se havia consultado expressamente, foi designado o Dr. Cruz para dirigir o Instituto sôro-therapico de Manguinhos, fundado em 1901, para o estudo e a preparação do sôro contra a peste bubonica. Este Instituto, denominado hoje merecidamente «Oswaldo Cruz», e que foi nos ultimos annos nucleo scientifico onde o grande morto conquistara inmarceveis lucros, é na verdade, uma instituição unica no seu genero, que nada tem que invejar a suas congeneres de Paris, Berlim e outras Capitaes.

Aparte o completo das installações e arsenal instru-

mental com que conta o Instituto Oswaldo Cruz, releva importancia pela larga serie de trabalhos experimentaes especialmente do dominio da pathologia tropical e outros, verificados por seu pessoal tecnico e publicados nas diffundidissimas «Memoria do Instituto Oswaldo Cruz», cuja publicação, iniciada em Abril de 1909, consta actualmente de VIII tomos e constituem um verdadeiro monumento offerecido pela Sociedade Americana, esta joven e robusta Minerva, que combateu monstros mais espantosos que a famigerada Egida mythologica — na velha Europa.

Numa notavel conferencia realizada ha apenas anno e meio, na Bibliotheca Nacional do Brazil, Oswaldo Cruz fez uma synthese luminosa da contribuição que os sabios brasileiros têm trazido ao conhecimento das molestias produzidas pelos protozoarios e da Protozoologia geral. Assim, no que se refere do impaludismo, flagello principal responsavel pela insalubridade do Amazonas, foram descobertos pelos Drs. Neiva, Lutz, C. Chagas, algumas especies importantissimas, que não podemos silenciar pela immensa importancia que revestem na campanha prophylactica contra este mal; taes são, o descobrimento do parasito da quartã, talvez uma nova especie; a verificação de novas especies anophelinas transmissoras; a grande importancia que reveste o estudo biologico destas na lucta anti-malarica (mosquitos bromelicolas, horas das refeições hematóphagas das anophelinas, etc.) finalmente o conceito da resistencia do parasito malarigenico á quinina, donde nasceram novas e opportunas noções acerca da prophylaxia e o tratamento da infecção.

As *ulceras bravas*, a enfermidade que depois do impaldismo mais contribue no valle do Amazonas para elevar o indice obituario, esta terrivel leishmaniose cutanea considerada praticamente incuravel, mediante os recursos da therapia corrente — a cura expontanea é por demais rarissima — tem sido tratada admiravelmente por meio de injeccões intravenosas de soluções de tartaro emetico, propostas e praticadas nos serviços da Santa Casa de Misericordia do Rio de Janeiro e em Manãos, pelo illustre Gaspar Vianna, tão prematuramente arrebatado ao carinho dos seus e a admiração dos seus collegas!

Chegamos agora á «trypanosomiase americana», á molestia de Carlos Chagas, cujo descobrimento, no dizer do Dr. Cruz, constitue «o mais bello exemplo do poder da logica á serviço da sciencia». É que, logicamente, razoavelmente, tudo foi previsto nesta pesquisa, e Chagas chegou methodicamente, de averiguação em averiguação, de verificação em verificação das prudentes hypotheses postas, a estabelecer a theoria acabada da molestia, a qual tem suas bases solidas em numerosos trechos de observações e tambem de comprovação experimental bacteriologica, clinica, anatomopathologica e therapeutica. Como se isto só não bastasse, depois de averiguada á etiologia da enfermidade, occasionada como todos sabem por um flagellado, *trypanosoma* inoculavel pela picada de humipteros do genero *Triatoma*, tem sido vistos infestadas em condições naturaes as especies *megista*, *sordida*, *infestans*, *vitticeps*, *geniculata*, *dimidiata*, e *cha-*

gasi, tendo obtido Brumpt a transmissão experimental por outras hematophogas (*cimex-lectuarius cimex-boneti* e *ornithodero moubata*) e estabelecida, acabadamente a sua systematização clinica, e, trabalhando-se ainda para completar sua anatemia pathologica, a qual vae esclarecer questões tão importantes de physiologia pathologica como o bloqueio cardíaco e a physiologia do feixe de His, — um discípulo de Chagas, o Dr. Astrogildo Machado, depois de esgotar a serie de medicamentos aconselhados contra as trypanosomiasas, logra preparar quatro compostos trypanosomicidas, que têm acção especifica evidente sobre o agente da molestia de Chagas, fazendo-o desaparecer do sangue periphérico dos animaes infectados!

Por outra parte, Beaurepaïse Aragão e o mallagrado Prowazek — dilecto discípulo do grande Schaudin, que acaba de succumbir gloriosamente, victima do dever nos campos de batalha europeus, demonstraram firmados em engenhosissimas experiencias, que o agente etiológico da variola é um germen filtravel pertencente ao grupo dos clamidosoarios; e não ficaram ahí, chegaram a esclarecer a questão da immunidadade na variola, demonstrando o papel de symbiose que representa o estreptococco na infecção variolica, á qual aggrava de modo notavel.

Todos estes estudos e outros que nós calamos, porque seria larguissima a tarefa de examinar trezentas e tantas memorias publicadas nas celebradas «Memorias do Instituto Oswaldo Cruz», têm feito deste centro, alem de ser o legislador sanitario da republica irmã,

uma das mais altas e autorisadas entidades mundiaes em materia de Protozoologia.

Morto o illustre homem que animara a grande gente dessa casa bemdita, de onde sahiram remedios para tantos males, sublimada sua memoria no coração dos que lhe sobrevivem, companheiros de luctas, depositarios de sua immensa fé, continuadores de sua acção heroica, seu espirito lá dos incomprehensiveis arcanos da Eternidade, fulgurante em todas as idéaes perfeições que prestara á posteridade agradecida — do seu Olympo de luz, seguirá iluminando as gerações medicas da America.»

VICTOR DELFINO

Associações Médicas

Sociedade de Medicina Legal e Criminalogia
da Bahia

(SESSÃO DE 28 DE NOVEMBRO DE 1917)

São aclamados socios correspondentes o Surs. Drs. Henrique Autran e Jorge Pinto, ambos do Rio de Janeiro.

FORMIGAS NECROPHAGAS BRAZILEIRAS

PROF. OSCAR FREIRE — faz uma communição sobre formigas necrophagas brasileiras, a qual será publicada na integra nesta Gazeta apresentando diversos exem-

plares das especies *Solenopsis geminata* e *Compsnotus atriceps*, colhidos nos seus estudos.

FORMAS HYMENEAEAS MAIS FREQUENTES NA BAHIA

DR. ALVARO BORGES DOS REIS — depois de rapidos commentarios sobre as difficuldades de classificação hymenal, mostrando como o elemento pessoal, influe preponderantemente na classificação pelo perito da forma hymenal encontrada e explicando as reservas que se deve ter no concluir, firmado em dados colhidos por pessoas differentes, que naturalmente classificaram as formas hymeneaeas consoante o seu criterio pessoal e informando de que na determinação das formas hymeneaeas collaboraram assim todos os medicos do Serviço Medico Legal de 1895 até 1914, apresenta uma estatistica de 19 annos de trabalho, reunindo um total de 1086 casos. As informações principaes da estatistica são as seguintes: foram examinadas 1085 mulheres sendo brancas 115; mestiças 737; pretas 234.

Nestes 1086 casos foram encontradas as seguintes formas:

Hymen semilunar	407
» labiado	278
» annular	231
» corolliforme	34
» septado	4

	954
Hymen septado incompleto	4
» em ferradura	2
» trilabiado	1
» quadrilabiado	1
» multilabiado	1
» fenestrado	1
Hymens indeterminados ou mal classi- ficados	121
<hr/>	
Total	1086

Nas 115 mulheres de raça branca examinadas foram encontradas as seguintes formas:

Hymen semilunar	41
« labiado	26
» annular	18
» corolliforme	17
» em ferradura	1
» septado	1
Hymens indeterminados ou mal classi- ficados	17
<hr/>	
Total	115

dando as seguintes proporções:

Hymen semilunar	35,66 %
» labiado	22,6 %
» annular	15,65 %
» corolliforme	9,56 %
» em ferradura	0,8 %
» septado	0,8 %

Nas 737 mulheres mestiças examinadas foram as seguintes as formas encontradas.

Hymen semilunar	285
» labiado	190
» annular	144
» corolliforme.	16
» septado	5
» fenestrado	1
» <i>cul de poule</i>	1
» trilabiado	1
» quadrilabiado	1
» multilabiado.	1
Hymens indeterminados ou mal classificados	32
<hr/>	
Total	737

dando as seguintes percentagens:

Hymen semilunar	40	%
» labiado.	25,5	%
» annular.	18,9	%
» corolliforme	2,17	%
» septado	0,67	%
» fenestrado	0,13	%

Nas 234 mulheres de côr preta foram encontradas as seguintes formas.

Hymen semilunar	71
» annular	69
» labiado.	63

	203
Hymen corolliforme	7
» septado	2
Hymens indeterminados ou mal classificados	22
Total	234

dando as seguintes percentagens:

Hymen semilunar	30,34 %
» annular	29,52 %
» labiado	26,6 %
« corolliforme	2,99 %
» septado	0,8 %

Comparando os resultados obtidos tem-se:

FORMAS MAIS FREQUENTES	RAÇA			TOTAL
	Preta	Mestiça	branca	
Hymen semilunar	30,3 %	37,5 %	35,6 %	37,4 %
» labiado	26,6 %	25,5 %	22,6 %	25,5 %
» annular	29,5 %	18,9 %	15,6 %	21,2 %
» corolliforme	2,9 %	2,1 %	9,5 %	3,1 %

O DR. ALVARO REIS—apresenta uma classificação de todas as formas hymeneacs encontradas na Bahia e um eschema de todas as alludidas formas.

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA DOCL- MASIA PARA-RENAL NA MORTE SUBITA

DOUTORANDO OSCAR SAMPAIO — apresenta uma comunicação sobre o assumpto, que será publicado na integra, estudando o valor da prova de Leoncini e Cevidali na diagnose da morte subita, segundo as experiencias a que procedeu no Instituto Medico Legal Nina Rodrigues e propondo algumas pequenas modificações que fez na technica daquelles autores.

PROF. OSCAR FREIRE — traz o seu testemunho pessoal ás experiencias e pesquisas do doutorando Oscar Sampaio feitas sob a sua immediata fiscalisação e absoluta responsabilidade e louva o trabalho do intelligente e esforçado estudante fazendo votos para que possa continuar as pesquisas começadas

LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES HYMENEAES

PROF. OSCAR FREIRE — commenta, em comunicação que será publicada na integra a dificuldade e a importancia das localizações das lesões do hymen e propõe uma modificação da technica de LACASSAGNE para registar as lesões e determinar-lhe as sedes, apresentando varios eschemas e apparatus.

MORTE POR PERITONITE EM SEGUIDA A RUTURA DA VAGINA

DR. OCTAVIANO PIMENTA — traz uma interessante observação sua sobre morte em seguida a ruptura da

vagina. E. R. da S. parda, de 16 annos de idade natural deste Estado, de serviço domestico, residente no districto da Rua do Paço, de constituição e corporeidade regulares, foi deflorada em 12 de Maio de 1907; o defloramento foi seguido de dores e hemorragia um pouco abundante, que cederam em poucos dias. Melhorando, continuou a ter relações sexuaes com o individuo que a deflorara, por trez vezes, sem que sentisse grande incommodo. Na quarta vez, porém, sentiu-se incommodada, presa de dôres vaginaes, e com ligeira hemorragia. Esta foi substituida por uma suppuração. Apresentou então febre, dôres abdominaes, tympanismo, vomitos, anciedade e veio fallecer quatro dias depois da ultima relação sexual que tivera. Em vista de se ter dado a morte 26 dias após o defloramento e terem os paes da paciente attribuido a causa da morte ao defloramento, o subdelegado policial do districto, onde residia a dita menor, fez remover o corpo para o necroterio do Hospital Santa Izabel, na manhã de 7 de Junho de 1907, afim de ser procedida a necessaria necroscopia (*).

As 9 horas desse mesmo dia praticou o Dr. Octaviano Pimenta a necroscopia. E. R. da S. era uma mulher de côr mestiça, tendo um metro e cincoenta e oito centímetros de altura. Pelas fossas nasaes assim como pela bocca escoava-se um liquido sero-sanguinolento.

(*) Era no necroterio do Hospital que se faziam as necroscopias medico-legaes. A policia não possuia necroterio. O Serviço Medico Legal só foi installado no Instituto Nina Rodrigues em 1912.

O corpo se achava em começo de putrefação: havia largas manchas abdominaes. Hypostase accentuada. Viam-se desenhados nos membros os vasos venosos. O corpo exhalava já máo cheiro. Pelo exame exterior geral do cadaver nenhuma lesão foi verificada. Pelo exame regional do apparelho genital exterior foi verificado que os grandes labios se achavam um pouco edemaciados, entreabertos, escoando-se pelo canal vaginal liquido purulento. O hymen achava-se rôto, deformado e os retalhos um pouco retrahido, distinguindo-se bem, porém, os limites dos retalhos— em numero de dois— lateraes medios. O canal vulvo-vaginal era curto medindo 8 cm. de profundidade. Pelo toquê sentia-se um orificio ou ruptura no cul de sac posterior da vagina. Ao *exame interior*; abertas as cavidades thoracica e abdominal, notou grande exudação peritonial. A folha visceral achava-se adherente aos intestinos e em pronunciado estado de suppuração. Os intestinos, de coloração vermelho-arroxeadada, distendidos por gazes, continham muitos vermes (ascarides lombricoides). O figado, de vesicula cheia de billis, estava augmentado de volume. Os rins, ureteres, glandulas para-renaes e baço sem alteração. Estomago e pancreas, normaes. A bexiga que estava vazia achava-se cercada, banhada de exudatos purulentos. O utero estava vazio e não tinha alterações nem no collo, nem no corpo e nem nos seus annexos. As visceras que se achavam na cavidade thoracica, não apresentava lesão alguma digna de registo, e assim tambem a caixa craneana e o encephalo. Depois da retirada de todas as visceras, procurou o perito de novo examinar o apparelho genito-urinário.

com attenção, especialmente de referencia á vagina e á região pelviana, não tendo encontrado nenhuma lesão abdominal que podesse ter dado causa á ulceração do cul de sac vaginal. Feita uma disseccção cuidadosa dos órgãos da bacia e especialmente da vagina verificava-se que o orifício encontrado no cul de sac posterior se communicava com o abdomen e tendo cerca de 8 mm. de diametro, era de bordos regulares e deixava passar sem difficuldade o dedo indicador. Do exposto concluiu o Dr. Pimenta o auto do exame da maneira seguinte: que a morte fôra devida á peritonite aguda suppurada em consequencia da perfuração do cul de sac posterior da vagina e mais essa lesão não fôra produzida na occasião do defloramento, que já datava de mais de 25 dias, nada tendo soffrido a referida menor, a não ser durante os tres primeiros dias do defloramento, apparentando sempre saúde, e, só adoecendo gravemente depois da quarta copula, a que se dera quatro dias antes do seu fallecimento. A paciente tendo um canal vaginal curto e o off usor um penis desenvolvido, conforme verificou, é muito provavel que houvesse, em consequencia das copulas, algum traumatismo do cul sac vaginal, e dali surgisse um processo inflammatorio agudo seguido de suppuração e mortificação dos tecidos dando logar á formação da fistula encontrada, que communicara a vagina com a cavidade abdominal dando origem á infecção peritonial. Não duvidava tambem que anteriormente á ultima copula já existisse o processo inflammatorio aggravado pela copula ultima que apressara, assim, a ruptura da vagina no cul do sac referido.

Sociedade Medica dos Hospitaes

Sessão de 15 Julho de 1917

SOBRE DOIS CASOS DE CATARACTA CONGENITA TOTAL-BINOCULAR. — O Prof. Cesario de Andrade apresentou á Sociedade dois casos clinicos que lhe pareceram dever merecer a attenção dos seus collegas, pela raridade de que se revestiram no tocante aos resultados obtidos, tratando-se de cataractas congenitas da forma *total-binocular*. É de facto, disse, muito escasso o numero de operações com resultado tão perfeito, nos casos dessa variedade de cataracta congenita, levados a effeito a partir da adolescencia. Sabe-se que os elementos nobres do orgão visual, permanecendo por largos annos inactivos, sem jamais haverem preenchido as suas funções, acabam forçosamente por soffrer profundas alterações, não raras vezes indeleveis, que subsistem toda a vida; perturbações estas da maior gravidade, que, não só do ponto de vista anatomico como funcional, se desenvolvem para o lado do nervo optico, rectina, choroide e, por vezes, do equilibrio muscular extrinsecco do globo ocular, tornando o appatelho visual imperfeito para o exercicio de sua funcção. Não é de feito uma modificação analoga a que se verifica em certos estados, dependentes de outras causas, trazendo transitoriamente a *amblyopia por-anopsia*; são bem ao contrario disso, perturbações que envolvem um estado d'istrophico consideravel do orgão na sua mais delicada textura, acarretando para sempre a sua incapacidade funcional.

É evidente que essa distrophia, causa dos innumerados insuccessos verificados, perda de frequência nos casos de outras variedades de cataracta congenita, taes como a *nuclear*, *zonular* ou *extractificada*, as quaes incompletamente realisadas que são, permitem, via de regra, uma maior esperança do exito operatorio, porque anteriormente ellas são *compatíveis com um funcionamento visual*, embora defeituoso.

Na variedade total, porém, o prognostico funccional é extremamente duvidoso, até mesmo quando cedo é realisada a operação. Os casos mais favoráveis têm sido obtidos na idade de 6 mezes a 3 annos, estando o orgão em perfeito desenvolvimento.

Tratando-se, porém, de individuos em plena adolescencia, não é raro que, ao lado da distrophia dos elementos nobres da visão, em consequencia ou não da inactividade funccional, o psychismo sempre atrasado destes *nati-cegos*, constitue forte obstaculo ao bom exito da intervenção.

A intelligencia rudimentar, por assim dizer, da quase totalidade das cegos de nascença é, sem duvida, um factor de grande relevancia no máx exito, quanto á adaptação do novo sentido que ensaia os seus primeiros passos, ou melhor na utilização desta aptidão que constitue em synthese o *acto visual*, e que nelles existe apenas esboçado.

É da educação dessa função iniciada, assim de modo tão anormal, sob tão máus auspicios, tropêga, indecisa, turbada na sua marcha evolutiva por esse estado de desequilibrio dos centros *psycho-sensíveis*, damnosa ao perfeito desenvolvimento da intelligencia, que depende

em parte o bom ou máu exito da operação. De facto, como muito bem disse Moreau, a operação tem apenas um effeito relativo, simples valor de preparação ocular, emquanto a educação representa o elemento capital.

O registro e a retentiva das impressões visuaes se fazem no globo cerebral a custa de uma aprendizagem e exercicios methodicamente conduzidos. É claro, pois, que a persistencia e a boa vontade da educação desses operados são preciosos adjuvantes no bom exito a conseguir.

Assim posto, diz o Prof. Cesario, bem se pode vêr que não foi sem razão que não trouxe á apreciação da *Sociedade* os dois casos clinicos de que ora se occupa.

O primeiro delles prende-se ao mancebo de 22 annos, — J. D., aqui presente, natural de Valença neste Estado, de constituição fraca, paes mortos (*causa mortis* por elle ignorada) tendo 3 irmãos que gozam saude. Nenhum parente ao que sabe soffre dos olhos. Referiu como mais digno de nota na sua historia, que a sua progenitora, quando delle se encontrava pejada, soffreu fôrte traumatismo, tendo sido annos depois operada de um tumor abdominal. O seu nascimento deu-se naturalmente, não havendo intervenção de forceps, informação esta que tem grande importancia na questão da etiologia, como referirá posteriormente.

Seus paes tão pouco não eram parentes entre si.

Sabe J. D. que, desde muito creança, a attenção dos seus parentes foi despertada para as manchas brancas que elle apresentava nas pupillas, coincidindo com a falta de visão, facto que motivava grande descontentamento no seio da sua familia, principalmente por ser elle

o unico filho varão, e serem seus paes professores publicos sem grandes meios de fortuna.

Bem cedo comprehendeu a sua desdita, e sobre a sua sorte reflectia continuadamente, sem jamais pensar na possibilidade de vir a enxergar.

Foi uma esperança que nunca nutriu, nem sobre ella jamais alguém lhe falou, ao que se recorde.

Fallecia o nystagmus ou si existia era quasi imperceptivel.

Animado por esse facto e pela boa percepção e projecção luminosas decidiu-se a operal-o, o que effectuou nos ultimos dias de Abril.

O processo empregado, como convinha em taes casos foi a *extracção simples com irridectomia*.

As duas folhas capsulares, ao contrario do que parecia á observação ophthalmoscopica, continham um pequeno nucleo de opacificação deusa, circumscripto por uma camada de massas molles, em forma de anel, emquanto as partes mais excentricas do crystallino pareciam reduzidos na sua capsula, como si houvessem soffrido um processo de reabsorpção lenta — *post partum* — O facto é que na porção mais periferica o envolucro capsular continha apenas, resto do crystallino cataractado, entremeado de pequenas concreções brancas acinzentadas, provavelmente de natureza calcarea, lembrando de perto a variedade de cataracta congenita, dita regressiva, reduzida a uma membrana silicosa, e que, não raro, se acompanha de estrabismo congenito e nistagmo oscilatorio, rotatorio ou mesmo combinado. Após a operação e cicatrização, desembaraçado portanto, de suas cataractas, o nosso observado

começou para logo a mostrar-se mais communicativo, fazendo a sua aprendizagem com relativa facilidade. As côres elle distinguia perfeitamente após breves licções; somente a noção do relêvo das cousas e distancia dos objectos lhe pareciam mais confusos, phenomeno, aliás, natural porque, se é verdade que a retina é a sêde ou órgão das noções ou ideas da luz, da cor e do espaço, dos principios de exterioridade e de direcção visual, não é menos verdade que somente os sentidos *luminoso* e *chromatico* são primordiaes. São por assim dizer, a expressão das sensações as mais banaes que a retina communica ao nosso *sensorium*; são nossas proprias retinas que as definem. As idéas ou noções do espaço, da direcção visual, o principio da exteriorisação de nossas sensações visuaes exigem, ao contrario, algum desenvolvimento ulterior, antes de surgirem como phenomenos distinctos no seu exclusivismo funcional.

Em todo caso, hoje pode-se dizer quasi completado, esse desenvolvimento necessario á posse integral do acto visual, comprehendida a *percepção visual* ou *sensibilidade da retina* como facto primordial, ponto de partida, a que se vêm juntar numerosos attributos cada qual mais complexo nas suas manifestações, e cujo principal é o *isolamento das sensações* ao lado da propriedade de exteriorisação das sensações numa dada direcção, faculdade do elemento retiniano photo-esthetico.

Assim num progredir a largos passos retendo admiravelmente de memoria os nomes de todos os objectos que lhe são apresentados, sem mais confundil-os, propuzemo-nos a animar-lhe a ler, tarefa de que se vae

desempenhando com relativa facilidade: e sendo de notar que elle aprendeu o alphabeto num só dia.

Dos factos de sua historia actual, *post operatoria*, sobressae o grande contentamento que elle experimentou ao ver pela vez primeira a sua *irmã protectora*, não cessando de repetir a todos que o seu maior desejo e trabalhar para lhe pagar a protecção que lhe dispensou por tantos annos.

No *ultimo exame* a que foi submettido o nosso operado, apresentava o fundo dos olhos perfeitamente sensivel, verificando ao *ophthalmometro* e a *eslhioscopia* um astigmatismo de 4.5 dioptrias *contra a regra* combinado a uma hipermetropia *aphakica* de 10 dioptrias.

O campo visual verificado ao perimetro de Landolt revelou um estreitamento mais ou menos concentrico, sensivelmente igual para os dois olhos, a saber:

para cima	45°
para baixo	50°
— nasal	40°
— temporal	60°

É de notar que o nosso operado ainda não possui os oculos que lhe foram indicados, cujo uso dará melhor visão.

O segundo caso de nossa observação, prende-se ao menor M. A. B., *tambem presente*, de 7 annos de idade, como o *primeiro portador* de cataracta congenita *bino-cular total*, apresentando porém, um certo grau de *nystagmo* francamente rotatorio antes de ser operado, e agora sensivelmente modificado, de modo a tornar-se muito pouco visivel. Tem alem desta complicação,

pequeno desequilíbrio do aparelho muscular extrínseco do globo ocular, a dificultar e diminuir as probabilidades do successo operatorio.

De sua historia familiar, sabe-se que a sua mãe falleceu de tuberculose na epoca em que elle nasceu; e que tem uma prima cega em consequencia de ophtalmia, glaucoma infantil.

Os seus paes não são parentes entre si, não havendo portanto o character de consanguinidade no ponto de vista da hereditariedade. Por outro lado não ha noticia de traumatismo durante a gestação nem se poudo apurar qualquer outro facto que pudesse influir na genese da opacificação crystaliniana, a não ser a syphilis paterna, francamente verificada.

Operado pelo methodo de extracção linear combinada, o doente que ora é objecto da nossa communicacção, começou a melhorar gradativamente, quanto á acuidade visual, estando hoje, pode se bem dizer, radicalmente curado, pois vê regularmente, constituindo-se pelo seu espirito irrequieto e folgazão a preocupação constante de todos de sua casa.

Note-se que houve por parte do seu pae e outras pessoas da familia, formal opposição a que fosse elle operado, logrando elle o estado em que se encontra a uma sua tia que, para isso, o retirou da casa paterna submettendo-o aos seus cuidados.

Quanto á questão da etiologia, assumpto ainda mal estudado, quer lhe parecer que para o primeiro dos seus observados, na ausencia de outro factor que possa explicar satisfactoriamente a genese da sua

cataracta, o traumatismo verificado durante a gestação poderia ter sido causa directa da opacificação crystalina, se, como soffrem alguns as extracções, a forceps determinam, por vezes, a formação de cataractas.

Essa explicação seria tanto mais accitavel, quando é manifesta a ausencia da syphilis e, sobretudo do character de hereditariedade, observado frequentemente. No segundo caso, a causa mais de perto relacionada é a syphilis, que tem podido bastas vezes, perpetuar a sua acção nefasta no plasmão germinativo através de muitas gerações, traduzindo-se pelas perturbações trophicas do elemento capsulo-crystaliano modalidades as mais diversas. Ha no particular um exemplo frizante verificado em muitos membros duma familia, outrora reinante numa das mais poderosas nações da Europa.

O prazo de 3 mezes decorridos, após a operação dos seus observados, é, fóra de duvida, muito curto para que se complete a educação visual em taes casos; entretanto os felizes resultados obtidos são patentes: o exito é, pode-se dizer, completo, guardada a relatividade, do que se pode almejar na variedade binocular total, mórmente no caso de J. D., cuja idade já ultrapassou de muito aquella em que se acostuma obter melhores resultados.

Escusa-se de fazer nos presentes casos a historia detalhada, como, a titulo de curiosidade, é de regra fazer-se em factos identicos, limitando-se a trazer ao conhecimento da nossa muito digna Sociedade, este pequeno contingente a já volumosa copia de obser-

vações raras, que tem sido aqui apresentadas, além de sêr mais um subsidio para a historia dos *nati-cegos cataractados*, com a fortuna de adquirirem mal ou bem o gozo desse precioso sentido, de todos os mais nobres, o mais util ás exigencias da vida — a visão.

Sessão de 29 Julho de 1917

COALESCENCIA BRACHIOTHORACICA. — O Prof. Alfredo Magalhães faz a seguinte communicação: D'entre as lesões de que pode ser victima o corpinho de uma criança destacam-se, pela sua frequencia, as determinadas pelo calor ou pelas substancias causticas.

A innocencia, a curiosidade, a imprevidencia, a travessura, a impaciencia, a gula, isoladamente ou de combinação, constituem os impulsores communs das crianças ás queimaduras.

De varios modos nocivas, as suas sequelas até deformantes se podem manifestar. Tal é o facto quando a restauração tem logar produzindo uma symphise de órgãos normalmente separados.

Em um dos casos que trago ao vosso conhecimento a queimadura abrangia a porção antero-externa do hemithorax direito e a metade superior da face interna do braço correspondente; no outro estendia-se no tronco por toda a parte posterior do thorax, descia pelo flanco esquerdo até sobre a região glutea, e no braço do mesmo lado fôra attingida a porção postero-interna.

Em ambos os casos foi compromettida a axilla e a cicatrização se fez com adherencia do braço ao thorax.

Nestas condições vieram ter ambos os pequenos ao meu serviço da Enfermaria Santa Izabel, neste Hospital.

A *deformidade* adquirida e assim realisada, tem sido nomeada "*symphise thoraco-brachial*" (v. g. pelos Professores Estor, Piéchaud . . .)

O vocabulo «*symphise*», em anatomia, se emprega para indicar «*connexão ou união de dois ossos*» (Moraes); é tambem «*nome dado particularmente a certas articulações, principalmente ás dos ossos da bacia*» (E. Littré), v. g. *symphise pubiana*, *symphise sacro-iliaca*. Clinicamente tem applicação para indicar «*adherencia anormal dos dois folhetos de uma serosa*» (M. Garnier & V. Delamare, *dict. des termes techniques de médecine*,) v. g. *symphise cardiaca*, *symphise pleural*.

«*Coarctação cicatricial da axilla*» tambem se tem dito (v. g. o Prof. Holmes.)

«*Coarctação*» (do latim *coarctatio*) quer dizer restricção (Moraes). Diz-se principalmente de um conducto natural (Garnier & Delamare), de uma cavidade (E. Littré) ou de um orificio (v. g. *coarctação da urethra*, *coarctação da bocca*, *coarctação do pyloro*). No caso vertente: *coarctação cicatricial da axilla* poderia significar simplesmente estreitamento da cavidade axillar; porém se comprehende a possibilidade de produzir-se uma retracção cicatricial da axilla, determinando approximação, eucosto, sem que, entretanto, exista adherencia dos tegumentos do braço aos do thorax.

«*Coalescencia*», vocabulo que preferi, e não me consta já tenha sido applicado ao caso, me parece

expressar bem, e melhor, o facto observado. De «coalescere» (Lat.), composto de «cum (com) e «alescere» (crescer, nutrir), coalescencia significa «adherencia, união, de partes que se achavam separadas» (Moraes) «como na cura das feridas simples ou nas adhesões contra a natureza» (E. Littré), «adherencia de duas superficies em contacto» (cicatrisação, adherencias viciosas—M. Garnier & V. Delamare).

Ora nos dois casos observados havia adherencia dos tegumentos de duas partes (braço e thorax), normalmente separadas, que indebitamente soffreram união (coalescencia) em uma cicatriz mal feita, produzindo-se uma deformidade de consequências desagradaveis não só para a esthetica e função do membro escapular, como para o seu desenvolvimento ulterior.

Para remediar a «coalescencia brachio-thoracica» cicatricial, deformidade por symphise, adquirida, oppuzemos, como se fazia precisa, uma anaplastia por diereze.

No caso vertente se verifica o pensamento do professor GIRALDES: não se trata de uma operação elegante e rapida, porém de um trabalho de dissecção, por vezes penosa, em que o profissional deve collocar o interesse do doente acima da sua propria vaidade, e saber sacrificar o brilhante pelo util, pelo necessario.

Em ambos os casos, decidi-me pelo emprego do methodo de Berger e fiz autoplastia por desdobraimento da ponte de união e permuta de retalhos.

Praticada uma incisão no bordo livre da pelle, fiz a dissecção para separar uma da outra, completamente, as duas folhas cutaneas, anterior e posterior, até a parede

thoracica para dentro, o braço para fora, a axilla para cima. Em seguida procedi a secção da pelle, na parte anterior junto ao thorax, desde a extremidade interna da incisão primeira até a axilla, separando um retalho triangular de base externa (fixa), adherente ao braço; retalho que foi dobrado para fora.

Outra secção pratiquei, pela parte posterior, sobre a folha da pelle correspondente, juncto ao braço, desde a extremidade externa da incisão primitiva até o alto da axilla, em paralelo ao ponto em que terminou superiormente a secção anterior, separando um retalho tambem triangular cuja base ficou adherente ao thorax. Este retalho foi levado sobre a parte lateral da caixa, de traz para deante, emquanto o primeiro foi, de deante para traz, desdobrado para cobrir a ferida do lado interno do braço. Cada retalho triangular tendo dois bordos livres, suturei o bordo inferior de um ao thorax e do outro ao braço, restando os bordos superiores de cada qual, que foram approximados e suturados. As tres linhas de reconstituição simulavam então a forma de um Z.

No primeiro caso a cicatrização completa se fez *per primum*; o menino, porém, illudindo a vigilancia, rompeu uma pequena porção da cicatriz recente na axilla, subindo em gradil de ferro, e teve de esperar nova cicatrização nesse trecho (por segunda intenção).

No outro a cicatrização *per primum* se fez, com excepção apenas de uma pequena lingueta de pelle da antiga cicatriz, que se mortificou.

Dos dois casos o resultado foi completo, e aqui tendes a documentação photographica.

HALLOMEGALIA ESCAPHOIDE. — O Prof. Alfredo Magalhães com apresentação da paciente, fez a seguinte comunicação:

As *anomalias* que se podem encontrar nos dedos do pé são *de posição*, *de formação*, ou *de evolução*.

As primeiras (de posição) consistem em desvios dos dedos, que realisam no sentido do plano lateral ou do plano antero-posterior.

No sentido do plano lateral figuram desvios para fóra e para dentro, encontrados mais frequentemente no dedo grande: *hallux-valgus* (desvio para fóra,) *halluxarus* (desvio para dentro, *pigeon toe*; *dos inglezes*, *dedos de pombo*.) Estes desvios lateraes (*clinodactylías*) podem ser encontrados até mesmo em todos os dedos e para o mesmo lado (*clinodactylías total*, *en cup de vent*, dos auctores francezes).

No sentido do plano antero-posterior, quando a anomalia existe, os dedos podem estar desviados para o dorso ou para a planta do pé. Desviados para o dorso do pé se encontram elles nos casos da *gampso-dactylia* (garra dorsal) e de *dedo ante-curvo* (mais frequentemente. — *hallex-recurvatum*, typo Anderson). Para a face plantar se notam inflectidos nas garras plantares (as mais das vezes — *hallux-flexus* —) e nos casos de «*dedos em martello*,» tambem chamados «*dedos em pescoço de cysne*» (*halluxmalleux*, quando é o primeiro dedo).

Anomalias de formação se conhecem consistindo em falta (*ectrodactylia* — parcial ou total), em accrescimento de numero (*polydactylia*), em soldadura (*syndactylia*).

As anomalias de evolução determinam modificações do volume dos dedos. São de todas ellas as mais raras. D'ahi o interesse do caso presente, no qual ademais se reúnem duas anomalias: uma congenita, primitiva, e outra adquirida, em consequencia da primeira.

A anomalia de evolução, congenita, consiste aqui em uma hypertrophía muito apreciavel. Á simples inspecção se nota que o dedo grande do pé esquerdo é muito maior que o seu congenere do pé direito.

Pela apalpação se verifica que não é maior este dedo, relativamente ao do outro pé porque tenha augmentado o numero das phalanges, o que se poderia encontrar (*dedo polyphalangico*), e sim porque ha uma hypertrophía não somente das phalanges basal e distal, mas tambem do metatarsiano correspondente e do primeiro cuneiforme como demonstra a radiographia.

Trata-se pois, de um *dedo gigante*, no caso temos uma *hallomegalia*.

Nota-se que os tegumentos e o tecido cellullar subcutaneo estão relativamente normaes; aqui se não veem telangiectasias, lymphagiomas, nem hyperlipomatose, que se tem citado presentes em alguns casos desta natureza.

Alem deste augmento de volume do dedo vê-se que elle está antecurvado, a face plantar recurvada como a quilha de uma náu, pelo que dei o qualificativo de *escaphoide*.

A evolução ulterior poderá ser de modo a continuar acompanhando o crescimento (o se tem notificado,) ou esta poderá estacionar, diminuir, e com o crescimento

das partes restantes do pé vir o gigantismo tornar-se relativamente menor.

Segundo se venha verificar uma ou outra das duas hypotheses, terá de variar a indicação therapeutica.

Actualmente, para permitir á paciente (creança de sete annos) andar calçada, vou corrigir a posição anormal do dedo. Procurarei obtel-a a princípio pela reducção forçada gradual; si não conseguil-a praticarei o alongamento do tendão do «*longo extensor proprio do primeiro dedo.*» Alcançada a posição normal, a pequena poderá usar o calçado; desde que este seja feito tamanho do pé cujo dedo é deforme, do lado são prehenchida artificialmente a differença do volume do dedo correspondente.

Mais tarde, quando terminar o crescimento geral si a hypertrophia persistir accentuada, impossibilitando o exercicio regular da marcha e o uso do calçado, será sempre tempo de intervir pela amputação ou pela decarticulação, conforme reclamarem as circumstancias, fôr mais esthetico e mais util.

Hallomegalia escaphoide—significa por conseguinte «*dedo gigante carenoide*», como proponho ainda que chamemos a hallomegalia que GIRIBALDE denominou-a *la poulaine*—(*)

(*) POLAINE antigo nome da Polonia.—No seculo XIV e XI uzavam-se na Polonia sapatos de bico virado para cima; d'ahi chamarem-se *souliers a la outaine*.—O dedo recuado é tambem climado, por isto que é arrebitado, «*dedo a la poulaine.*» O vocabulo *poulaine*, francez. tambem se applica á extremidade anterior de um navio, de um barco.—Nas corollas papilionaceas ha duas petalas que, pela sua disposição, formam a parte chamada — carena.

A disposição antecurva do dedo (hyperextensão da phalange distal sobre a phalange basal) é adquirida e explicavel do seguinte modo:

A hypertrophia, attingindo as peças osseas do dedo, o metatarsiano correspondente e o primeiro cuneiforme, reflectindo-se tambem sobre as partes molles, inclusive a musculatura, desta porção de pé.

Della participou o musculo pedioso, cuja inserção inferior é sobre a base da phalange basal (em *a* vêde *schema*), que conserva por isto sua posição normal sobre o metatarsiano respectivo.

O «*longo extensor proprio do primeiro dedo*», musculo que é da perna, não se hypertrophiou porém, de sorte que o seu tendão normal, inserindo sobre a base da phalange distal do dedo grande não acompanhando o desenvolvimento exagerado do mesmo dedo, tornou-se relativamente curto e determinou a hyperextensão da phalange termina sobre a base, fazendo *arrebicado* o dedo.

Na paciente se verifica perfeitamente este facto, que a photographia deixa perceber nitidamente.

A pathogenia desta anomalia, apézar do quanto se tem proposto para explical-a, continua a ser um ponto de interrogação, que ao futuro caberá resolver.

— o —

TISIO-VACCINA. —O Dr. Pereira da Silva apresenta dois doentes de tuberculose pulmonar tratados pela tísio-vaccina.

Diz que esses doentes estão bastante melhorados no curto espaço de dois mezes.

Para demonstrar o grão lisongeiro de melhora que vão logrando seus doentes, mostra, como elementos de confirmação, o traçado da temperatura, os índices de Sonders cujo valor salientou em face da interpretação comparativa da neutrophilia com a leucocytose global.

Disse que o augmento do pezo em um delles era de 4 kilos.

Explicou que depois da segunda injeção de tísio-vaccina, o doente começou a desenfiltar-se, pelo que houve diminuição de pezo, para descer a 46 k. 400 g.

O Dr. Pereira chamou a atenção da Sociedade para as modificações de sombra observadas nos roentogramas apresentados neste momento.

Disse mais haver diminuição consideravel de bacillos no sputo.

Em relação ao segundo doente o Dr. Pereira disse que a melhora não é tão nitida como no primeiro, entretanto alguns dados, como índice de Sonders, a escuta, o estado geral, o augmento de pezo ainda que fraco deixam a esperança de que a cura clínica venha a dar-se neste paciente.

Depois o Dr. Pereira passa a fazer considerações sobre a tísio-vaccina, e diz que parece ser esse um factor therapeutico, superior á tuberculina pura, e destinado, a prestar consideravel serviço na campanha contra a tuberculose principalmente nos casos incipientes em que parece os effeitos therapeuticos têm sido observados sempre identicos.

Em séguida o Prof. João Froes pede a palavra para corroborar as afirmações do Dr. Pereira, cujos doentes

apresentados conhece de perto, maxime o primeiro que é de seu serviço clinico.

— o —

Sessão do dia 2 de Agosto

— No expediente, o professor Fraga communicou a offerta do relatorio do Serviço da Saude Publica, no Brazil, durante um seculo. Foi o doador o Dr. Lydio de Mesquita, a quem agradeceu em nome da Sociedade.

Na ordem do dia, o Professor F. Luz apresentou um doente, que já fizera conhecido dos seus consocios no anno passado. Tratara-o de noma, curando-o dessa affecção, mas, ao paciente restava uma fistula salivar externa. Promettera então a fistulização interna, que levava a effeito e cujo exito feliz ali se assegurava no paciente.

Um outro caso seu, foi o de uma ulcera varicosa. A saphena interna, e o vaso doente foram retirados inteiramente por tunelização por um processo de Doyerg.

A ulcera cicatrizou e o doente nada mais apresenta de anormal.

— O Dr. Antonio França, trouxe ao conhecimento da sociedade o resultado operatorio de um caso por elle apresentado já ha algum tempo de aneurisma da ischiatica. Descreveu todos os tempos da intervenção, lembrou a sua discussão favoravel ao diagnostico verificado e terminou louvando-se nas boas sequellas da operação, por isso que o doente acha-se curado dessa affecção.

Devido as adherencias do sacco as partes adjacentes a extirpação não poude ser immediata, dando-se a sua eliminação «per secundum».

— O Professor Adeodato falou, em seguida, sobre o tratamento das fistulas vesico-vaginaes.

Definiu, eschematizando, as duas modalidades: num caso, haveria verdadeiro canal, ao passo que em outro, existiria um orificio verdadeiro.

Discutiu o tratamento, fazendo reviver as cauterizações, em cuja acção muito confia. Lembrou a distinção necessaria relativa ao aspecto da fistula ao caustico e ao «modus faciendi». Da condemnação systematica do processo culpa-se a impropriedade do uso. Recordou que só as fistulas que constituem verdadeiro canal, podem ser submettidas a tal processo. Prefere como caustico o nitrato de prata.

Leva essa substancia fundida na extremidade de uma haste metallica de sua invenção, o que permite, apos a construcção immediata do orificio, o contacto do caustico com toda a superficie das paredes do canal. Essa technica em nada prejudica qualquer acto operatorio, por acaso ulteriormente necessario. A pressão exercida pela urina é evitada pela sonda de permanencia, que elle colloca no dia immediato, porquanto ha formação de uma escara que não permite por algum tempo a sahida da urina pelo orificio. Nas fistulas orificiaes ha inconveniente do methodo, porque as escaras multiplas, sempre em superficie, adelgaçam as bordas, dificultando o avivamento num caso de intervenção.

— O Dr. Helio Ribeiro communicou um caso de syn-

drome de Stokes Adanis, referente a um individuo de 60 annos que tinha todo o quadro clinico: as vertigens, as crises epileptiformes, o pulso lento e permanente. Esse que era de 14 á entrada do doente, attingiu á cifra minima de 11. Fez todas as provas que confirmavam uma bradycardia verdadeira tirando tambem os traçados dos pulsos arterial, venoso e cardiaco. Não lhe foi possível apurar precisamente a etiologia; parece, porem que é a syphilis que cabia a responsabilidade remota do estado de esclerose myocárdica actual. Ao demais disso, a idade do doente está a affirmar a determinação pela sclerose, do processo morbido observado.

— O Prof. C. Fraga discutiu o caso do Dr. Helio, referindo um occorrido em sua clinica, quando ainda não fora fundada a Sociedade Medica dos Hospitales.

Era uma mocinha, na qual elle pensou existir forma cardiaca da molestia de Chagas e em quem o pulso chegou a contar-se por 20 batimentos.

— O Prof. Fróes narrou dois casos occorridos em seu serviço no anno de 1911, sendo muito baixo tambem o numero de pulsações.

A molestia de Chagas tambem foi invocada, com o accordo do Dr. A. Lutz. Morto o paciente, os fragmentos do coração foram enviados a Manguinhos. A esse proposito leu uma carta do Prof. O. Cruz, em que elle communicava a verificação de uma myocardite intensa e promette córtes em serie, com o fim de authenticar a trypanosomose americana.

O Doutorando Anthenor Cavalcante tratou de «papilomas anoperineas» Discutiu a etiologia fez o diagnostico

differencial, narrou a intervenção e, por fim apresentou as photographias tiradas antes e depois da operação.

— o —

SYNDROME CEPHALOPLEGICA. — O Dr. Martagão Gesteira communica á Sociedade um caso de syndrome cephaloplegica, observado em Julho deste anno no ambulatorio de Clínica Pediatrica. Trata-se de um pequeno de um anno e oito mezes, nascido a termo em parto normal e creado alguns dias ao peito e em seguida á mamadeira com leite condensado. Nos antecedentes herdo-concepcionaes apenas a apurar a existencia de dois abortos precedendo o nascimento do pequeno, e nos pessoaes pequenas perturbações dyspepticas. Creança de nutrição regular, de carnes um pouco flaccidas e certo gráu de pallidez da face. Prendia logo a attenção a attitude particular da cabeça, pendente para deante e um pouco para esquerda, o mento enterado sobre o peito. O exame mostrava que essa attitude era a resultante da acção da gravidade e condicionada pela absoluta acinesia dos musculos cervicaes: em virtude desta consoante ao geito que se lhe dava, a cabeça pendia inerte ora para a direita, ora para a esquerda, ora para traz, ora para deante, sendo esta ultima a posição mais habitual. Era por essa *moleza do pescoço*, no dizer da familia, que a creança vinha á consulta.

Subitamente dous dias antes, se installára essa paralyisia dos musculos cervicaes. Saira a mãe do menino de casa pela manhã, deixando-o bom, e ao voltar

encontrára o filhinho neste estado em que o trazia a consulta, sendo que a pessoa que ficára vigiando-o nada sabia informar, segundo terminantemente tivesse a creança levado qualquer queda ou soffrido qualquer traumatismo: explicara que o pequeno adormecera ás 10 horas e accordára nesse estado.

O exame mostrava os musculos do pescoço completamente flaccidos. As vertebraes cervicaes cuidadosamente examinadas nada de anormal apresentavam. O toque pharyngeo nada revelou. A face não offerencia cousa alguma de particular e os reflexos pupillares eram perfeitos. A motilidade dos membros integra e normaes os reflexos tendinosos. Babinsky presente. Intelligencia normal para a idade. No aparelho respiratorio estertores bolhosos medios nas duas bases.

Exame do coração negativo. Fígado excendendo ligeiramente o rebordo costal. Nada mais de particular ao exame do abdomen. Impossivel praticar no momento exames de fezes, nem de sangue, bem como o electrodiagnostico.

Foi a unica vez que o pequeno veio a consulta, tendo algum tempo depois sabido que estava completamente bom.

Exposto assim o caso, demora-se o Dr. Gesteira em considerações a respeito da syndrome observada, que diz ter sido descripta, pela primeira vez, pelo Prof. Fernandes Figueira, nos Archivos Brasileiros de Neurologia, documentando a sua descripção com 6 observações, sendo que ainda agora o Dr. Raul Moreira acabava de publicar no *Brazil Medico* mais um caso colhido no serviço daquelle professor.

Diz que a expressão de *syndrome cephaloplegica* proposta pelo Dr. Paulo Costa lhe parecem preferíveis, pelas razões que aponta, as que propõe de *myoplegia cervical*, *cervicoplegia* ou melhor ainda *syndrome de Fernandes Figueira*, prestando-se assim uma justissima homenagem áquelle que primeiro a descreveo e que pelo seu grande saber em causas da especialidade se pode considerar como o expoente maximo da pediatria nacional.

Abordando a natureza da *syndrome* em questão, fez ver que o Prof. Figueira depois de um exhaustivo estudo das varias *hypotheses* de invocação possível, estudo que é mais uma revelação da assombrosa erudição do Prof. carioca, acabára por admittir seja a *syndrome* em questão uma forma abortiva de Heine Medin, existente no Rio de Janeiro na ausencia da epidemia. Discute as razões ao Dr. Figueira, demorando-se principalmente sobre a questão da *emyoplegia periodica* familiar, acabando por afirmar que a *hypothesis* da *polyomyelite* é de facto a unica cabivel, sendo que na sua opinião se pode explicar bem a benignidade da *syndrome* e o seu rapido desaparecimento como admittir sejam as lesões medulares, nesses casos, simplesmente *hyperemicas*, *congestivas* e como taes transitorias e passíveis de subita repressão.

Termina por alludir á existencia relativamente frequente, aqui na Bahia na doença de Heine Medin cuja forma *cervicoplegica* acaba assim de ser tambem agora assignalada.

CIRRHOSE CARDIO-TUBERCULOSA. — O Dr. Clementino Fraga apresenta um caso de cirrose cardio-tuberculosa, sendo o doente um rapaz de 15 annos, pardo, natural deste estado, esteve internado na Enfermaria S. Vicente, do Hospital Santa Izabel.

Doente ha alguns mezes, o observado tem o figado muito augmentado, consideravel esplenomegalia, augmento da area da matidez cardiaca, com symphise cardiaca, tuberculização dos dous vertices pulmonares, phenomenos estes que identificam a forma de cirrose tuberculosa descripta na infancia e adolescencia por Hutinel e Saborin.

O exame da urina, o exame do liquido extrahido por paracentese foram praticados.

Egualmente feitas as provas da capacidade funcionaes do figado, a demonstraram a insufficiencia do organo.

Descreve em seguida rapidamente das formas typicas e atypicas de tuberculose do figado, dizendo que no seu serviço clinico continúa o estudo da exploração functional do figado na tuberculose; e que a seu tempo trará ao conhecimento da Sociedade.

Noticiario

É com justissima satisfação que registamos ter sido convidado para inaugurar o curso da cadeira de Medicina Legal, na Faculdade de Medicina de São Paulo, o nosso eminente companheiro Prof. Oscar Freire, uma das figuras de maior relevo na doutis-

sima Congregação da gloriosa Faculdade da Bahia.

A homenagem que acaba de receber o actual cathedratico de Medicina Legal, director e organisador do *Instituto Nina Rodrigues*, é daquellas que honram egualmente a respeitavel corporação a que elle, dignamente, pertence.
