

# GAZETA MEDICA DA BAHIA

Vol. XLIX

Janeiro 1918

N. 7

## Contribuição para o estudo do valor da docimasia pararenal na diagnose da morte subita

( Comunicação á Sociedade de Medicina Legal  
e Criminologia da Bahia )

PELO

DOUTORANDO OSCAR SAMPAIO

Dois autores italianos, Cavidalli e Leoncini, examinando as grandulas pararenaes de um certo numero de cadaveres, verificaram que a quantidade do seu principio activo, a adrenalina, que restava nestas glandulas, era sensivelmente menor, nos casos de morte com agonia, do que nos de morte rapida, sem agonia.

Facil lhes foi de ver que o facto não estava, de nenhum modo, em desaccordo com os ensinamentos da Physiologia e pensaram, de logo, em applicar a dosagem da adrenalina das glandulas pararenaes á Medicina Legal, na importantissima questão da morte subita, problema que, apesar dos processos conhecidos, ainda carecia de uma solução decisiva. A dosagem da adrenalina, revelando maior ou menor quantidade, mostraria se o termino da vida se fizera instantaneamente ou precedido de phenomenos agonicos mais ou menos prolongados.

Foi ao novo processo medico-legal que se chamou «docimasia pararenal», isto é a prova da morte subita

pela dosagem da adrenalina contida nas glandulas pararenaes do cadaver.

O meu illustrado mestre e amigo, Prof. Oscar Freire, suggeriu-me o assumpto para dissertação inaugural, pondo á minha disposição o bem montado Gabinete do Instituto Medico Legal Nina Rodrigues, sob a sua direcção, para a realização de minhas pesquisas.

São os resultados destas pesquisas que venho apresentar. Elles foram uma verdadeira comprovação do facto annuciado por Cevidalli e Leoncini, trazendo-me a convicção de que a agonia tem, de facto, uma influencia muito sensivel sobre as glandulas pararenaes, consumindo o principio activo de suas cellulas chromofilas.

Os dois autores italianos empregavam nas suas experiencias, a technica seguinte: Depois de tirado o respectivo revestimento gorduroso, as duas glandulas eram cortadas miudamente e trituradas no gral. Acrescentavam 25 cc. de solução physiologica de chlorureto de sodio acidulada por uma ou duas gottas de acido chlorydrico. Depois de 30 minutos de repouso, saturavam a mistura pelo chlorureto de sodio para extrahir as materias proteicas, o que se completava pela ebullicão. Firtrada em papel, obtinham o extracto glandular, em liquido transparente, amarellado, ao qual ajuntavam, depois do resfriamento, uma a duas gottas de ferri-cyanureto de potassio e uma a duas gottas de ammoniaco. A reacção apparecia instantaneamente, dando uma coloração, que variava, segundo a proporção em adrenalina, desde o amarelio

esverdeado ou amarello de ouro, até o vermelho rubi.

A avaliação da quantidade de adrenalina encerrada neste extracto era feita comparando a intensidade da reacção com a de soluções padrões de adrenalina do boi, em concentrações diferentes: fraca, media e intensa.

Os resultados publicados por elles foram:

Grãos de reacção sobre 100 provas

*Reacção intensa* --morte rapida 73, 7 %; morte lenta de 24, 2 %; *reacção media*: morte rapida 26, 3 %; morte lenta 36, 4 %; --*reacção fraca* morte rapida 0, morte lenta 39, 4 %.

A technica que adoptei para a obtenção do extracto glandular foi a mesma dos dois fundadores da prova. Apenas, parece-me, a maceração não precisa de ser tão demorada (30 minutos,) podendo reduzir-se a 5 ou 10 minutos, comtanto que se agite a mistura no gral, em vez de deixal-a em repouso. Trez das minhas observações, uma de morte rapida (a 8.<sup>a</sup>) e duas de morte lenta (as 21.<sup>a</sup> e 22.<sup>a</sup>) assim foram effectuadas. Esta technica, é mais simples e expedita, não exigindo habilidades especiaes e satisfaz plenamente as necessidades da docimazia pararenal.

Os outros processos de extracção da adrenalina são, pelo contrario, complicados e demorados. Segundo G. Bertrand, por exemplo, se fazem as diversas manipulações ao abrigo do ar, sob uma camada de oleo, ou em uma atmosphera de anhydrido carbonico, afin de evitar a acção de oxydação. As glandulas pararenaes, desembaraçadas da gordura adherente, trita-

radas, são postas em maceração durante 48 horas, no alcohol a 95°, em presença do ácido oxalico. Depois de expressão na prensa, se obtém um liquido que, esgotado pelo ether de petroleo, (para eliminar as lecitinas) é precipitado pelo acetato neutro de chumbo; filtra-se e o filtrado, sendo concentrado no vasio, é adicionado de ligeiro excesso de ammoniaco. Ha formação de um precipitado crystalino de adrenalina, que é lavado, depois redissolvido e precipitado novamente pelo ammoniaco para o purificar.

Quanto ao modo de dosar o valor adrenalínico deste extracto, porem, não segui o mesmo processo de Cevidalli e Leoncini, fazendo de accordo com o Prof. Oscar Freire, uma modificação que se me afigura trazer resultados mais approximados, e, portanto, mais favoraveis a applicação medico-legal, a que se propõe a pesquisa. Em vez de fazer a avaliação da quantidade contida no extracto a examinar por comparação com os tres padrões, eu a fazia determinando o titulo em que se achava neste extracto, dissolvida a adrenalina, pois como o volume do vehiculo era sempre o mesmo (25 cc) se pode afirmar que, a uma concentração mais forte corresponde uma maior porção da substancia dissolvida.

Para isto, a maneira de colorimetro, uzava de dois pequenos provetes finos do mesmo diametro, collocando em um 1/2 cc. da solução millesimal da adrenalina do commercio, e no outro, tambem 1/2 cc. do extracto glandular a examinar. Em cada um delles deixava cair uma gotta da solução de chromato de potassio. É claro que, se os dois liquidos tivessem o

mesmo titulo de adrenalina, a intensidade da reacção (coloração vermelho ocre,) seria a mesma dos dois tubos.

De ordinario, porem, se verifica maior intensidade no provete da solução officinal, porque, quase nunca, o extracto glandular tem a sua concentração, isto é, 1:1000. Procurava então, igualar as duas côres, collocando, no primeiro tubo (o de reacção mais forte,) 1/2 cc. de agua distillada. O titulo da solução que elle continha passava a ser de 1:2000. Se ainda não ficavam iguaes as duas colorações, tomava 1/2 cc. de solução a 1:2000 e accrescentavam a ella mais 1/2 cc. de agua; a solução passara naturalmente a 3:4000 e assim, successivamente, á 1:8000, 1:6000, etc., até que as duas colorações chegassem a mesma intensidade.

Algumas vezes succedeu que a cor da solução officinal, mais carregada do que o extracto examinado numa certa diluição, passava logo, na diluição immediata, a ser mais descorada do que ella.

Procurava, neste caso estabelecer o termo medio entre as duas concentrações. Um exemplo esclarecerá melhor. Na concentração de 1:4000, supponhamos, a adrenalina do commercio dava reacção mais forte do que o extracto glandular; na de 1:8000 dava mais fraca do que elle. Eu avaliava a concentração em 1:6000, media entre 1:4000 e 1:8000.

Ficava dest'arte avaliada a concentração do extracto glandular.

Parece que esse methodo dá maior approximação dos resultados do que o usado por Cevidalli e Leoncini. Assim, a me guiar pelo processo de dosagem de Cevi-

dalli e Leoncini, teria de catalogar sob a mesma rubrica, algumas das minhas observações de morte subita e agorica, que deram reacção da mesma, ou quase da mesma intensidade, pois, tive occasião de verificar, no correr das experiencias que soluções de adrenalina, de titulo differente, quando a differença não é muito grande, quase se egualam na côr e difficil se torna separa-las para inclui-las sob uma ou outra rubrica de reacção intensa ou media.

Ademais a reacção do ferri-cyanureto de potassio facilmente se altera pelo descoramento de modo que, em não se fazendo logo a comparação com os padrões ou a determinação do titulo, mormente esta ultima que é mais demorada, facilmente se obtêm resultados falsos.

Por isso preferi o chromato de potassio que dá reacção mais persistente,

O Prof. Oscar Freire lembrou que, achada a concentração do extracto examinado, eu determinasse a quantidade de adrenalina que se continha em 1000 cc. desse extracto, porque annunciados sob este criterio os resultados seriam mais facilmente percebidos. Effectivamente ha uma razão directa que facilita a comprehensão destes resultados. Em vez de dizer, portanto, concentração a 1:2000, 1:4000, etc., direi concentração a 0, 50 centigs:1000, 025:1000, etc. \*

## OBSERVAÇÕES

### MORTE SUBITA

1.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3365—Suicidio por projectil de arma de fogo que atravessou a caixa craneana. S. C.

sexo masc. 42 annos de idade, fallecido a 14 de Junho. *Causa mortis*: compressão por hemorrhagia. Ext. pararenal concentrado a 0,33:1000.

2.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3399—Homicidio por ferimento inciso que lesou o coração e o pulmão. A. A. C. sexo masc. 30 annos, fallecido a 24 de Junho. *Causa mortis*: hemorrhagia interna. Ext. pararenal a 0,16:1000.

3.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3434—Envenenamento pelo phenol. Nome ignorado, sexo femenino. Ext. pararenal a 0,50:1000.

4.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3445—I. de tal, sexo masc. idade ignorada, fallecido de pericardite aguda a 15 de Junho. Ext. pararenal a 0,25:1000.

5.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3457—M. M. S. sexo masc. idade ignorada fallecido a 19 de Julho. *Causa mortis*: ruptura de aneurysma thoracico. Ext. pararenal a 0,25:1000.

6.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3643—A. P., 35 annos presumiveis. Soccorrido pela Assistencia Publica; falleceu a 10 de Outubro duas horas depois do primeiro accesso. *Causa mortis*: cororsarite. Ext. gl. a 0,25:1000.

7.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3674—Suicidio: asphixia por submersão, fallecido a 22 de Outubro. G. C. M., sexo masc. com 46 annos. Ext. gl. a 0,50:1000.

8.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3669—Homicidio por traumatismo que levado ao angulo do maxillar inferior foi causar a ruptura da arteria meningea media. A. B. sexo masc. com 41 annos de idade, fallecido a 24 de Outubro. Ext. pararenal a 0,50:1000.

#### MORTES LENTAS

1.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3389—A. A. C. sexo masc. com

42 annos, fallecido a 21 de Junho no hospital Santa Izabel de tuberculose pulmonar. Ext. pararenal a 0,02:1000.

2.<sup>o</sup>—Cadaver n. 3392—B. S. S. sexo masc. com 15 annos de idade, fallecido a 21 de Junho no Hospital de pleurite e peritonite em consequencia de ferimento perforante thoracico-abdominal, recebido dois dias antes. Ext. pararenal a 0,04:1000.

3.<sup>a</sup>—Cadaver n.<sup>o</sup> 3393—A. M. S. sexo masc. com 32 annos, fallecido a 22 de Julho da arterio esclerose cardio renal. Ext. glandular a 0,06:100.

4.<sup>a</sup>—Cadaver n.<sup>o</sup> 3395 J. M. sexo masc. com 44 annos, fallecido a 22 de Junho de tuberculose pulmonar, a concentração do extracto era fraquissima; approximadamente de 0,01:1000.

5.<sup>a</sup>—Cadaver n.<sup>o</sup> 3402—Individuo do sexo masc: de nome e idade ignorados, remettido pela Assistencia Publica. Ex. glandular a 0,02:1000. Nesta observação, devo dizer, não obtive informes seguros sobre as condições em que se deu a morte. Conclui pela morte agonica em vista da concentração do extracto glandular.

6.<sup>a</sup>—Cadaver n.<sup>o</sup> 3423—M. A. S. sexo feminino, com 29 annos de idade, fallecida, a 4 de Julho, de hemorragia *post-partum* na Maternidade Climerio de Oliveira. Ext. glandular a 0,04:1000.

7.<sup>o</sup>—Cadaver n.<sup>o</sup> 3431—R. A. sexo masculino com 55 annos fallecido, a 8 de Julho, de tuberculose pulmonar. Ext. glandular a 0,08:1000.

8.<sup>a</sup>—Cadaver n.<sup>o</sup> 3432—M. L. sexo fem., preta, com



30 annos, fallecida a 9 de Julho, de pleuro-pneumonia. Ext. glanular a 0,06:1000.

9.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3436—E. B. sexo masc. 37 annos, fallecido, a 12 de Julho, de pneumonia. Ext. glanular a 0,12:1000.

10.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3446—R. J. N. sexo masc., com 41 annos, fallecido, a 15 de Julho de abcesso perisplenico. Ext. glanular a 0,12:1000.

11.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3447—M. S. J., sexo fem. 23 annos, fallecida, a 15 de Julho, de pleuro-pneumonia tuberculosa. Ext. glanular a 0,04:1000.

12.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3456—E. P., sexo masc. fallecido, a 19 de Julho, de occlusão intestinal. Ext. glanular a 0,06:1000.

13.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3470—N. F., sexo fem., 90 annos fallecida, a 23 de Julho, de arterio-esclerose generalizada. Ext. glandular a 0,05:1000.

14.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3597—L. C., sexo fem., 38 annos, fallecida, a 15 de Setembro, de cachexia tuberculosa. Ext. glandular a 0,04:1000.

15.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3590—G. M. C., sexo fem., com 51 annos, fallecida, a 22 de Setembro, de syphilis cerebral. Ext. glandular a 0,06:1000.

16.<sup>a</sup>—L. R. S., sexo masc., com 28 annos, fallecida, a 18 de Setembro, de enterocolite com embaraço intestinal. Ext. glandular a 0,02:1000.

17.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3605—A. P. B., sexo masc. com 30 annos, fallecido, a 20 de Setembro, de tuberculose pulmonar e mesenterica. Est. glandular a 0,03:1000.

18.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3607—J. S. sexo masc. com 22

annos de idade, fallecido, a 21 de Setembro, de tuberculose pulmonar bilateral. Ext. glandular a 0,03:1000.

19.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3608—B. A. S. sexo masc, com 17 annos, fallecido, a 21 de Setembro, de tetano. Ext. glandular a 0,03:1000.

20.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 5678—M. M. C. sexo fem. com 28 annos, fallecida, a 24 de Outubro, de tuberculose pulmonar, a concentração do extracto foi muito fraca não consegui dosar.

21.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3697—B. C., sexo fem. com 20 annos, fallecida, a 5 de Novembro, de pneumonia tuberculosa. Ext. glandular o 0,03:1000

22.<sup>a</sup>—Cadaver n.º 3698—L. A. sexo fem. com 30 annos, fallecida, a 5 de Novembro, de endocardite. Ext. glandular a 0,05:1000.

Resumindo, temos uma concentração maxima de 0,50:1000 e uma minima de 0,16:1000 nas mortes rapidas e uma concentração maxima de 0,12:1000 e a minima de 0,01:1000 nas mortes agonicas.

Para evitar qualquer sugestão de minha parte na dosagem, fazia a pesquisa antes de conhecer se a morte se dera subita ou lentamente. Tomava apenas o numero do cadaver a que pertenciam as glandulas a examinar, para depois cõlher nas guias policiaes que acompanham os cadaveres destinados ao Necroterio do Instituto Nina Rodrigues todos os informes relativos á morte.

Como se vê, estes resultados não contradizem em nada a prova italiana; antes vêm em seu apoio.

Os autores, entretanto, citam algumas causas que podem disvirtuar os resultados da pesquisa. Algumas

como a arterio esclerose, a nephrite e a intoxicação chloroformica, determinando um augmento de secreção adrenalínica, podem fazer com que, em mortes lentas, esta secreção, mesmo diminuída no período da agonia, ainda se conserve nas glandulas pararenaes em quantidade capaz de induzir á conclusão de morte rapida.

Otras, como a fadiga muscular, os venenos convulsivantes, etc., por um mecanismo contrario, produzem esgotamento muito rapido da substancia chromaffina, que apresentará depois da morte um extracto glandular de valor adrenalínico baixo, mesmo em casos de morte subita.

Das minhas observações não me julgo autorisado a firmar conclusões a respeito.

Quanto a arterio esclerose, talvez a mais importante, devo dizer que tive algumas observações de morte agonica, mas os resultados que deram não são de molde a collocar-a entre as excepções da prova. Assim os laudos da necroscopia revelaram lesões de esclerose manifesta principalmente nos cadaveres das seguintes de minhas observações de morte agonica.

A 3.<sup>a</sup> ext. glandular a . . . . . 0,06;1000

A 7.<sup>a</sup> « « « . . . . . 0,08;1000

A 10.<sup>a</sup> « « « . . . . . 0,12;1000

Ha, é certo, como se vê um relativo augmento, mas que se não pode dizer contradictorio.

Quanto á nephrite e a intoxicação chloroformica, não tive nenhum caso. Convem notar que muitos autores não admittem que ellas sejam capazes de produzir augmento da adrenalina.

A respeito das causas productoras da diminuição da

adrenalina, também não tenho caso que possa firmar juízo seguro sobre ellas. Tive uma observação de tetano, é verdade, mais como foi de morte agonica, não me adiantou nada a respeito da causa de erro, que só se refere á morte rapida.

Não me foi possível, por escacez de tempo averiguar outra questão, também importante no estudo da docimazia de Cevidalli e Leoncini, a resistencia das glandulas pararenaes á putrefacção. A maioria dos autores, que tratam do assumpto, reconhecem que esta resistencia é grande e estabelecem o prazo de 72 horas depois da morte, dentro das quaes a adrenalina se conserva, nas cellulas chromofilas, sem alteração de sua quantidade.

Fiz todas as minhas pesquisas logo após as necroscopias. Estas sendo procedidas, habitualmente, 12 horas depois do obito, posso dizer que, dentro deste prazo, se pode fazer com segurança a pesquisa, pois as glandulas pararenaes não tinham soffrido alteração.

Voltando agora ao resultado das experiencias e observando o minimo de concentração nas mortes rapidas e o maximo nas agonicas, que particularmente nos interessam, vemos que naquellas a concentração mais fraca foi de 0,16:1000, sempre mais forte do que a mais forte das mortes agonicas que foi de 0,12:1000.

Para as necessidades do diagnostico medico-legal seria perigoso tomar os numeros extremos, que constituem uma como que zona de dubiedade e imprecisão a desaconselhar as conclusões rigorosas e seguras em assumptos tão graves, como os de medicina forense. Seria temeridade concluir pela morte rapida encon-

trando a concentração 0,16:1000; ou pela morte agônica com a concentração 0,12:1000. Mandam as regras de bôa prudencia escolher limites mais afastados e que a experiencia prove mais seguros. Assim, animo-me a aconselhar que se considere rapida a morte, toda a vez que a concentração for de 0,33:1000, limite minimo nas mortes rapidas, que só em casos excepcionaes talvez possa ser attingido pelas mortes agônicas, e que se conclua pela morte agônica sempre que a concentração fôr de 0,05:1000 limite maximo para as mortes lentas, bastante fraco de modo a poder fazer excluir a hypothese de morte rapida, pelo menos na absoluta maioria dos casos.

Restam agora os casos em que a concentração varia entre aquelles limites.

Que se me permitta dizer que, em muitos destes casos, não se pode taxar de dubia sómente a prova de Cevidalli-Leoncini; vae tambem muito de dubiedade no proprio problema medico-legal.

Morte subita nem sempre indica morte prompta. Os accidentes podem não ser fulminantes e uma agonia de algumas horas preceder a suspensão da vida. Esta agonia, mesmo tão curta, terá, de certo, influencia sobre as glandulas pararenaes, diminuindo-lhes a adrenalina.

Tudo leva a crêr que a docimasia pararenal justificará as esperanças, que nella se depõem, de resolver o problema da diagnose da morte subita.

De facil realisação, pode ser tentada em todos os casos, excluindo apenas aquelles em que foram causa da morte as lesões da propria glandula pararenal e

aquelles em que há nellas alterações anatomo-pathologicas, taes sejam as neoplasias, a tuberculose, as hemorragias intersticiaes, etc.

Em conclusão:

I—A docimasia pararenal não é destituida de valor no reconhecimento da morte subita. Os signaes que ella fornece perfeitamente podem se juntar aos outros que a necropsopia ou os commemorativos fornecerem, constituindo assim signaes, senão de certeza, pelo menos de grande probabilidade.

II—Uma concentração forte do extracto pararenal, digamos até 0,33:1000, exclue a hypothese de morte agonica.

Do mesmo modo uma concentração muito fraca desse extracto, digamos, inferior a 0,05:1000, exclue a hypothese de morte rapida.

III—A technica simplissima para a obtenção do extracto preconizada pelos fundadores da prova é sufficiente para a sua realisação.

Instituto Nina Rodrigues (Bahia) 28 de Novembro de 1917.

## Sobre um caso de polyerromenite total (\*)

PELO

DR. ODILON BARROSO

O doente que trago á vossa apreciação é portador de uma syndrome clinica, de varia etiologia, relativamente rara e curiosa pelo complexo dos phenomenos que a identificam.

(\*)—Observação apresentada á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia, em sessão de 26 de Agosto de 1917.

F. P. R., de 23 annos de idade, branco, solteiro, empregado do commercio, natural deste Estado, deu entrada no Hospital em 14 do corrente mez, indo occupar o leito 51 do serviço do Prof. Fraga.

Refere o doente: ha cerca de 9 mezes começou a soffrer, apresentando phenomenos clinicos respiratorios que, segundo lhe parece, tiveram, de seu medico o diagnostico de pleuro-broncho-pneumonia. Alcançando melhoras para seus incommodos, retirou-se para o interior do Estado, onde continuou doente, até que resolveu tornar á Capital.

— Tendo enfermado ha muitos mezes, não é possível dar a chronologia exacta dos symptomas. No momento actual o doente vive em constante dispnéa que o decubito e o movimento fazem augmentar; tem tosse e expectoração; dorme mal; tem anorexia, nauseas e vomitos alimentares; sente dores articulares; a sua temperatura se eleva para a tarde, chegando, quasi sempre, a 38°.

Aos 19 annos teve sarampo e, mezes antes do inicio da molestia actual, blennorrhagia, cancro venereos, seguidos de adenite e dôres articulares.

Tem paes vivos e sadios.

Passando ao exame objectivo do nosso caso, primeiro nos impressiona a facies do doente, que lhe denuncia a decadencia physica e o máo estado geral.

Temperamento lymphatico; constituição debil, typo morphologico respiratorio.

Quanto ao aspecto do tegumento externo, notamos descoramento geral da pelle e mucosas, tom esverdeado da esclerotica, pelle luzidia do abdomen por distensão

liquida, consideravel desenvolvimento da circulação venosa superficial no thorax como no abdomen. Legeiras dyschromias cutaneas irregularmente distribuidas nas paredes thoracica e abdominal.

Edema dos membros inferiores; micro-poly-adenite epithrocleana, crural e inguinal.

Estado mental perfeito.

#### SEMIOTECHNIA CLINICA

##### *Apparelho respiratorio*

Heteromorphia thoracica asymerica, havendo para o hemithorax esquerdo uma differença de tres centimetros a mais.

Tosse e dyspnéa; vibrações thoraco-vocaes augmentadas para os vertices de ambos os pulmões, mais para o direito. Ausencia absoluta do fremito para ambas as bases, especialmente do lado esquerdo, onde as vibrações só reapparecem no terço superior do pulmão. Massicez completa das bases, massicez hydrica, attingindo, do lado esquerdo, a quarta costella e do lado direito a espinha do omoplata. Skodismo em ambos os vertices, mais pronunciado para o direito. Curva parabolica de Damoiseau, curva sigmoide de Garland e triangulo de Garland bem delimitaveis, de um lado como de outro. Massicez compacta do espaço de Traube.

Respiração rude e expiração prolongada nos vertices de ambos os pulmões; estertores sonoros e subcrepitanes; raros crepitos nos vertices; ausencia completa de murmurio vesicular nas bases; sopro pleurítico mais



intenso para o lado esquerdo; pectoriloquia aphonica do mesmo lado.

A punção feita em ambos os lados revelou a existencia de um liquido sero-fibrinoso collectado nas cavidades pleuraes, cujo exame, procedido no laboratorio da 1.<sup>a</sup> Cadeira, deu o seguinte resultado:

Aspecto — turvo; côr — amarello avermelhada; densidade—1010. Reacção de Rivalta fortemente positiva; reacção de Gangi — positiva. Cytologia — Em' 100 campos microscopicos foram encontrados:

13,60 % de lymphocytos  
 0,03 % de polymorphonucleares  
 38 % de hemacias

A proposito da densidade encontrada, o Dr. Agripino Barbosa, que fez este exame, deixou a seguinte nota no livro respectivo:

«A densidade 1010 nenhum valor tem no caso vertente, visto como foi tomada quando a fibrina contida no liquido já se tinha coagulado.

A coagulação fez-se rapidamente no trajecto da enfermaria para o laboratorio no curto praso de 6 minutos, de modo que o calculo de Reuss não foi feito.»

O exame do escarro negativo do ponto de vista do bacillo de Koch. O exame-radiologico mostrou pontos suspeitos nos vertices e obscuridade completa do lado esquerdo, nos dois terços inferiores e no lado direito no terço inferior.

#### *Apparelho circulatorio*

A inspecção não deixa perceber o choque precordial,

tambem a apalpação não o revela tornando-se impossivel por estes dois processos a localisação da ponta do coração.

A area de massicez consideravelmente augmentada, fazendo corpo, do lado esquerdo, com a massicez hydrica, sendo que, do lado direito, attinge 3 centimetros para fóra da linha para-esternal.

A percussão não consegue fixar a situação da ponta, pela occurencia do derreme da pleura esquerda.

Tons cardiacos diminuidos em intensidade e no timbre; assim na ponta como na base.

O exame radiologico revela o augmento de extensão total da sombra cardiaca e a dificuldade de se perceberem os batimentos normaes do coração, o que denuncia a existencia de liquido ou de adherencias residuaes que lhe são a consequencia. A radiosopia confirma os dados da percussão.

A punção feita no pericardio foi branca.

Pulso pequeno, frequente, hypotenso batendo cerca de 120 vezes por minuto.

Tensão arterial tamada pelo aparelho de Pachon : maxima 13, minima 8 para o lado direito;—maxima 11 1/2 e minima 8 para o lado esquerdo.

O exame hematoscopio revelou :

Hemacias . . . . .	4.112.600
Leucocytos . . . . .	9.920
Relação globular. . . . .	1:414 hemacias
Hemoglobina . . . . .	65 %
Valor globular . . . . .	0,79

Formula leucocytaria:

Polynucleares neutrophilos . . .	73,4 %
» eosinophilos . . .	1,0 %
» bazophilos . . .	0,4 %
Grandes lymphocytos . . .	6,4 %
Pequenos » . . .	13,2 %
Fôrmas de transição . . .	4,4 %

### *Apparelho digestivo*

Lingua secca e saburrosa. Nauseas e vomitos alimentares de quando em quando. Constipação habitual.

O figado augmentado de volume mede 18 centímetros ao nivel da linha mammillar.

O exame do baço um tanto prejudicado pelo duplo derrame da pleura e do peritoneo.

O exame do abdomen denota a presença da ascite com seus caracteres clinicos evidentes, sendo abundante o derrame intra-peritoneal.

A punção feita por opportuna necessidade therapeutica retirou 9.700 cm<sup>3</sup> que o exame demonstrou ser um exsudato tendo sido encontrados á pesquisa cytologica abundantes lymphocytos e hemacias.

O exame das fezes nada de importante denunciou.

### *Apparelho urinario*

Exame de urina :

Volume . . . . .	950 cm <sup>3</sup>
Côr. . . . .	Amarello avermelhada
Cheiro . . . . .	Sui generis
Aspecto . . . . .	Turvo
Densidade . . . . .	1012

Reacção . . . . .	Acida
Consistencia . . . . .	Fluida
Superficie . . . . .	Limpa
Sedimento . . . . .	Nullo
M. Solidos . . . . .	26.56 p. q.
Chloretos . . . . .	5.00
Phosphatos . . . . .	2.97
Acido urico . . . . .	0.50
Uréa . . . . .	16.13
Albumina . . . . .	Não
Urobilina . . . . .	Normal
Glycose . . . . .	Não
Acidos biliares. . . . .	Não
Pigmentos biliares	Não

Nada mais de importante encontramos nos outros órgãos e aparelhos.

#### DIAGNOSTICO

Pela descripção que acabaes de ouvir, dos phenomenos clinicos que apresenta o nosso doente, podemos sobre elles calcar o diagnostico de uma *polyorromenite total*. *Total*, e, exactamente a especie mais rara, porque o processo attingiu as 4 serosas agrupadas derredor do diaphragma, isto é, as duas pleuras, o pericardio e o peritoneo. Considera-se *polyorromenite* «a inflamação associada, simultanea ou successiva das serosas situadas em torno do diaphragma» (Picchini), syndrome clinica a que os autores francezes denominaram *poly-periviscerite* e os inglezes *serosite multipla*.

A designação de *polyorromenite* partiu de Concato. Entre nós o Prof. Prado Valladares, para abranger

não só os processos exsudativos mas também os transudativos, propoz a designação de «polyorromenose».

Pelo que apuramos de referencia á evolução dos symptomas observados parece que o processo teve neste caso localisação successivamente descendente tendo começado pela pleura esquerda.

Comprehende-se facilmente a lesão inflammatoria simultanea ou successiva de serosas tão proximas, exprimindo-se a respeito o sabio Prof. Miguel Couto nos seguintes termos: «A disposição anatomica das serosas em volta do diaphragma facilita a diffusão ás outras do processo iniciado em uma, porquanto as pleuras mediastinas se justapõem ao pericardio, e o tecido conjunctivo do mediastino communica com o subperitoneal atravez do espaço deixado pela inserção dos dois feixes do precordio na base do appendice xyphoide. Juntaí a isto a facilidade do trafego entre as duas cavidades por via lymphatica e tendes esclarecida toda a physiologia pathologica de taes casos».

De referencia á causa da polyorromenite do nosso doente, dous são os factores etiologicos aos quaes se póde responsabilizar: a syphile e a bacillose.

Quanto á primeira, as lesões actuaes e a therapeutica intensiva a que se submetteu o doente logo após á infecção não nos permitem acreditar na sua etiogenia. Em relação á segunda, depõem, até certo ponto, os exames dos exsudatos retirados pelas puncções e a localisação dos vertices verificada pelos exames clinico e radiologico, embora tivesse sido, mais de uma vez, negativo o exame do escarro.

Praticamos ainda as contra-provas da cuti-reacção

e da inoculação *in anima vili* e desta estamos aguardando os resultados.

Aliás é sempre difficil determinar, com precisão, a etiologia das polyorromenites e aqui mesmo o Dr. Fernando S. Paulo, num caso apresentado a esta «Sociedade», não poudé precisar a causa da syndrome, a despeito de, com justa razão, ter considerado provavel a intervenção da doença de Chagas.

No caso presente, os derrames liquidos foram demonstrados e examinados em relação ás pleuras e ao peritoneo, não tendo a punção unica conseguido retirar liquido do pericardio, não obstante os phenomenos clinicos acudirem em favor da pericardite com derrame.

É certo que a punção foi capillar não tendo sido repetida para não martyrisar o doente por simples luxo de diagnostico.

Feitas estas breves considerações, resta-nos dizer, como remate, algumas palavras sobre o prognostico do doente, como tambem da therapeutica do caso. Aquelle se poderá cifrar num conceito que já deduzistes do quanto vimos expondo: — muito sombrio, qualquer seja o aspecto por que se o encare.

Sobre o tratamento, nos limitaremos a poucas palavras, referindo apenas o que tem sido feito no caso

---

NOTA — A prova da inoculação foi negativa, ficando portanto como mais provavel a etiologia syphilitica, tendo o doente fallecido em insuficiencia cardiaca crescente até á asystolia final.

presente:— o emprego dos saes de calcio, como reconstituintes geraes, dando combate á infecção que attribuímos causadoura da deuteropathia; como intervenção symptomatica, os cardiotonicos e os diureticos, ao lado das paracenteses e thoracenteses opportunamente praticadas.

## Syndrome de Jackson

PELOS

**Drs. Eduardo de Moraes e Clementino Fraga**

O caso que apresentamos á douta Sociedade Medica dos Hospitaes desafia a curiosidade pela raridade de uma syndrome, que reflecte, nos seus phenomenos, a lesão dos ultimos pares craneanos. M. A. S. mestiço, solteiro, 46 annos, pescador, residente ao Garcia, procurou o Hospital a 5 de Novembro de 1917, tendo sido examinado, successivamente, nos ambulatorios de clinica oto-rhino-laryngologica e de clinica medica da 1.<sup>a</sup> cadeira.

Quanto a antecedentes pessoas refere o doente ter tido molestias venereas, nas quaes se apurava a sypphilis, confessando o uso do alcool. Nada de importante quanto a antecedentes hereditarios.

Refere o doente que, tendo dormido ao relento em noite humida, cerca de 15 dias antes, despertou com a voz completamente modificada. Momentos depois verificou, com surpresa, que a deglutição dos liquidos, lhe era difficil, havendo refluxo para o nariz; sentiu-se

abatido e notava alguma difficuldade nos movimentos de elevação do braço esquerdo, o qual perdera grande parte de sua força.

Queixando-se da garganta, especialmente da alteração da voz e da dysphagia, o primeiro exame que soffreu foi o da laryngoscopia, o qual revelou a existência de uma paralysis completa da metade esquerda da larynge, sem lesão inflammatoria de especie alguma.

Procurando-se verificar em seguida o funcionamento do véo do paladar, que se devia encontrar alterado, para explicar o embaraço na deglutição, particularmente dos líquidos (dysphagia não dolorosa) e tambem a difficuldade na emissão dos sons, que soffriam todos a resonancia nasal (rhinolalia aberta), notou-se realmente que, ao passo que o véo palatino, quando em repouso nenhuma alteração denunciava, uma vez provocada a sua contracção, na emissão da vogal *a*, ou num movimento de nausea provocado com a introducção mais profunda do abaixa-língua, era patente a immobillidade completa da sua metade esquerda, em consequencia da qual deixava de haver, em taes momentos, a operculisação inferior do rhino-pharynge, e, somente a metade direita se erguia, como se fôra uma cortina, arrastando consigo a uvula.

Estava assim bem caracterisada a *syndrome de Avellis*.

Mas era mister averiguar as causas do embaraço accusado pelo enfermo para o lado do membro superior esquerdo e então encontramos conforme muito bem se pode vêr em nossas photographias ns. 1 e 2, a



queda da espadua, maior saliência do musculo do lado opposto e o pequeno desvio da cabeça para o lado direito, sendo que os movimentos desta não se encontravam embaraçados, provavelmente porque a paralytia do externo-clido-mastoideu, aliás bem nítida, era contrabalançada pela acção da musculatura profunda do pescoço.

Com o movimento de abaixamento da espadua, dava-se um desvio do omoplata e a formação de um sulco profundo (phot. n.º 2) em forma de uma virgula invertida e que a separa, bem como a massa muscular adjacente, da columna vertebral.

Sulco também bastante accentuado é aquelle que se observa ao nivel das fossas super e sub-claviculares (figs. 1, 3 e 5), tornando-se sobretudo apparente a depressão infra-clavicular quando se fazia o paciente erguer os braços (fig. 3). Por essa occasião verificava-se igualmente que o braço esquerdo só conseguia elevar-se a custo de um grande esforço, esforço este que se desenhava, como reproduz claramente a photographia, numa contracção maior e maior volume dos musculos do braço procurando compensar a falta de funcionamento do trapezio, cuja massa muscular se apagava completamente apresentando grande differença com o seu homonymo do lado esquerdo (fig. 4).

Não parou ahí o exame; ainda se procurou verificar o funcionamento da musculatura do pharynge do lado correspondente, que se fazia bem, embora do modo menos perfeito que a do lado opposto; o estado das funcções gustativas, que eram normaes e também o

aspecto da lingua que deixava então observar claramente a sua hemiparalysis e hemiatrophia esquerdas, do que dá uma ideia nítida a nossa photographia n. 5.

A hemiparalysis da lingua tornava-se evidente pelo desvio da ponta para o lado esquerdo, lado paralyzado, e convem lembrar que isso mesmo deve acontecer porque a paralysis unilateral do genio-glosso, musculo protractor da lingua, faz que este soffra a acção do genio-glosso do lado são e seja a ponta repellida para o lado paralyzado.

Nenhum elemento pois faltava para a constituição da *syndrome de Jackson completa*.

O paciente, de 46 annos de idade, nenhum encommodo outro accusava. Gosando sempre de muito bôa saude, robusto e constantemente entregue aos rudes mystères de sua profissão de pescador, apenas conservava o uso moderado do alcool e a infecção syphilitica, adquirida cerca de 4 annos antes.

Perturbação alguma outra foi encontrada em todo seu organismo, a não ser para o lado do aparelho circulatório, ligeira tachycardia (90 a 100 pulsações por minuto) aliás bem de accordo com a lesão do nervo vago.

(Exame de olhos, urina, reflexos, tudo normal).

Deparando-se-nos um caso clinico tão interessante procuramos a sua etiopathogenia e instituir o tratamento apropriado.

A leitura do interessante artigo de Collet e do seu novo typo de hemiplegia laryng. a associada, suggeriu-nos a ideia de se poder tratar em nosso caso de uma lesão situada em ponto muito proximo daquelle em que oçalisou elle a balla de shrapnell causadora, em seu

doente, de perturbações nervosas (hemiplegia glosso-laryngéa escapulo pharyngéa) que constituíram a syndrome que hoje tem o seu nome.

Tratava-se no caso de Collet de um corpo estranho situado para diante do condylo do occipital e que provocava por compressão directa ou pela hemorragia nos tecidos dilacerados uma lesão que interessava aos quatro ultimos pares caneanos na sua passagem pelo buraco rasgado posterior (glosso pharyngeo e vago espinhal) e pelo buraco condyliano anterior (grande hypo-glosso).

Em nosso caso, podemos perfeitamente admittir a possibilidade de uma lesão ossea verificada no mesmo ponto, attingindo ao vago espinhal e ao grande hypo-glosso, sem lesar o glosso pharyngeo, senão muito levemente, lesão inflammatoria de facil comprehensão num individuo syphilitico, cujo factor etiologico outro, não era senão a propria syphilis.

É o proprio Collet quem diz, ao terminar o seu interessante artigo, que assim como em seu doente um projectil localizado na base do craneo havia provocado as alterações nervosas por elle descriptas, tambem «uma lesão expontanea, neoplasica, por exemplo, seria tambem certamente capaz de as realisar».

Uma lesão syphilitica do osso, provocando um augmento de volume do mesmo, verificada na visinhança do buraco rasgado posterior e do buraco condyliano anterior, pode muito bem determinar a compressão dos troncos nervosos que por ahi passam e que geralmente no interior dos mesmos apenas encontram o espaço indispensavel para a sua passagem.

Desde que este venha a estreitar-se por qualquer circumstancia, a compressão se torna inevitavel e as habituaes consequencias della decorrentes.

São muito conhecidas as observações referentes á alteração do nervo optico em consequencia de uma diminuição de calibre do canal que tem o mesmo nome e não ha muito tempo, um de nós, apresentou á Sociedade Médica dos Hospitaes, a observação de um individuo que, ao lado de graves alterações da visão, apresentava total ophtalmoplegia, explicada pela compressão exercida sobre o nervo optico e sobre os nervos motores do globo ocular por uma exostose localisada na vizinhança do canal optico e da fenda esphenoidal, lesão esta que desapareceu completamente com o tratamento anti-syphilitico energico, com restabelecimento da visão e de todos os movimentos do globo.

Assim pensando iniciamos em nosso doente o tratamento mercurial e realmente ao apresentarmos o caso á «Sociedade» já grandes melhoras ia elle apresentando, especialmente no que dizia respeito á deglutição e á voz, esta ultima auxiliada na sua producção por um esforço compensador da corda vocal do lado são.

Consistio o tratamento em injeccões intra-musculares de oxycyanureto de mercurio, na dóse de um centig. por dia, e uma injeccão de neosalvarsan, feita a qual o doente de tal forma melhorou que a custo submetteuse ao restante das injeccões mercuriaes, julgando-se completamente curado.

No dia 5 de Dezembro deixou de frequentar o

Hospital, tendo-lhe sido porém verificado anteriormente o funcionamento perfeito do véo do paladar, grandes melhoras nos movimentos da larynge e dos musculos da espadua.

## Sobre um caso de papillomas anus perineal

Não fosse a raridade do caso clínico e de certo não estaríamos aqui neste momento para prender alguns minutos de vossa preciosissima attenção.

Relatou-nos C. G. C. branco, solteiro, com 26 annos de idade, roceiro e residente em Villa Nova, Bahia, ter procurado o Hospital Santa Izabel aos 7 dias do mez de Julho, vindo internar-se na enfermaria S. Luiz, no serviço clínico do nosso distincto mestre Prof. Antonio Borja.

Inquirido por nós, assim narrou os seus *antecedentes familiares*: paes vivos em gozo de perfeita saúde, sem jamais apresentarem feridas pelo corpo ou molestia semelhante a sua; doze irmãos todos vivos e em pleno vigor de actividade. Quanto aos demais parentes, nada nos soube informar.

Dos *antecedentes pessoas* contou-nos ter passado sua infancia sem anormalidades, a não ser catapora, e sarampo que lhe sobreviera aos 15 annos.

Já homem, fôra acoimettido de blenorrhagia, molestia esta, que durou bastante, curando-se finalmente com remedios «caseiros». Tivera tambem uma adenite na região da dobra da virilha.

Nowe diz respeito a *evolução da sua molestia actual*.

diz-nos datarem de 4 annos passados os seus soffrimentos, pois antes era sadio.

Tinha por habito, frequentemente, montar muito e de uma certa vez observou em torno do anus, 2 verrugas do tamanho de um dedo, que começavam por incommodal-o, mas, continuando sempre a montar, observou que iam augmentando, chegando ao ponto de impedir-lhe tal *sport*.

Relatou-nos ainda, que começou então a deitar um liquido sanguinolento de cheiro muito desagradavel, que, escorrendo por partes outras, elle attribuiu assim a sua proliferação.

Da medicação por elle usada nenhum resultado satisfactorio obteve, e chegou a tal ponto que se envergonhava de estar junto de alguém, tal o cheiro aborrecido que se observava.

Em verdade, isto observamos, por bastante tempo, ao recebermos o doente, apesar do rigoroso asseio que ordenamos se praticasse.

Ao lhe inquirirmos a respeito de seus prazeres venereos, referiu-nos serem moderados e que jamais se entregara a habitos inconfessaveis.

O *exame topographico* do doente recolhido ao nosso serviço forneceu-nos por uma inspecção minuciosa os seguintes dados: Tinha uma bôa constituição, apresentando no entanto o facies triste; a lingua denunciava um máo funcionamento gastro-enterico, bati-mentos carotidianos perceptíveis á vista; membros thoracicos, thorax e abdomen sem nada apresentarem digno de nota; os membros pélvicos, porém, eram

dignos de observação por causa da abdução exaggerada que o doente nos apresentava, quando em marcha.

Ao exame succinto dos órgãos e aparelhos nada nos revelaram o circulatório e o respiratório; o tubo gastro-enterico era a séde de perturbações varias; com effeito, o paciente tinha constantemente gastralgias e frequentes diarrheas. Era bastante oligohemiado. O exame das fezes revelou-nos ser o doente portador de multi-verminose com predominancia de ancylostoma.

O figado e o baço eram indolores á pressão, bem como sem augmento de volume; o aparelho renal funcionava bem, não havendo digno de nota, como se pôde observar do exame da urina, procedido no laboratorio deste Hospital.

*Quantidade* em 24 horas: 1500 cm.<sup>3</sup>

*Cor:* amarella pallida

*Aspecto:* limpido

*Consistencia:* fluida

*Cheiro:* Sui generis

*Reacção:* acida

*Densidade:* 1018

*Sedimento:* nenhum

*Superfície:* limpa

*Transparencia:* completa

*Materiaes solidos:* 23,30 por litro

*Urea:* não observado.

*Acido urico:* 0,41 por litro

*Acido phosphorico:* 0,88 por litro

*Chloruretos:* 6,18 por litro

*Urobilina:* normal

*Albumina, glycose e bilis:* ausencia

## EXAME ESPECIAL

Nos órgãos genitais externos, isto é, nas regiões escrotal e perineal, notavamos o augmento pronunciado das bolsas e a presença de vegetações volumosas e esparsas em grande numero pela raiz destas, apresentando seu maximo na circumferencia anal, que apresentava um tumor consideravel, de forma irregular e molle, que impedia o doente de ficar em decubitus dorsal, sentado ou mesmo de pé, obrigando-o a conservar-se sempre em decubitus ventral ou lateral direito e esquerdo.

Procuramos examinal-o e vimos ser um tumor bastante pesado, de consistencia molle, de coloração rosea, um pouco adherente aos tecidos sub-jacentes e doloroso á pressão.

\* \* \*

Feita a exclusão de todas as affecções do testiculo e das bolsas, emitimos nossa opinião sobre tratar-se de um caso de papillomas da região anal com proliferação para as partes vizinhas.

E' sabido que taes vegetações consistem numa hypertrophia da camada papillar do derma; ao demais, a sua symptomatologia era typica, no nosso caso: o tumor se apresentava sob a forma de uma saliencia, composta de excrecencias papillares elevadas e distinctas, com o aspecto de uma verdadeira couve-flor, secretando um liquido viscoso e de um odor nauseabundo, acompanhado de dores violentissimas, diferenciando-se da *verruca*, porque nesta as papillas hypertrophiadas são separadas em grupo, ao passo que no nosso observado formavam uma só massa e compacta.



Como explicar a etiologia? Abandonando a origem syphilitica, taes vegetações são divididas em 2 grupos, segundo sua origem é venerea ou não.

Sabemos que em grande numero de casos se desenvolvem independentes de causas venereas; que existe talvez um agente pathogeno especial para taes tumores, podendo este ser outro que não o da blenorragia. As affecções suppurativas dos órgãos genitales naturalmente determinam uma irritação e por consequencia um meio favoravel ao desenvolvimento deste supposto agente pathogeno, que se implantando na epiderme pôde ser muito bem transmittido durante as relações sexuaes. Quero referir-me á descoberta de Schaudinn e Hoffmann, que em 5 casos de condylomas acuminados encontraram uma variedade de protozoario dita—*Spirochaeta refringens*,—que facilmente se corava pela fuchsina fenicada ou pelo violeta de genciana e que se diferenciava do *Spirochaeta pallida*—por não ser encontrado nos productos syphiliticos e suas espiras serem estreitas e difficilmente coradas.

Opto em dizer que no caso referido o tumor não é venereo, pois, a unica vez que fora acommittido de gonnorrhéa, foi justamente durante a marcha de sua molestia, e como tinha o habito de montar muito, é bastante provavel que houvesse uma irritação local da região, que passasse despercebida e que o gonococcus, actuando, fosse em grande parte auxiliar o desenvolvimento do tumor.

Não encontramos, porém, nas diversas preparações

feitas por nimia gentileza do Dr. Antonio Cerqueira Pinto, o *Spirochaeta refringens* de Schaudinn e Hofmann, nem tão pouco o *Calymmato bacterium granulomatis*, responsavel pelo granuloma ulceroso, com o qual podia ser confundido.

Ao contrario d'isto, pelo exame microscopico observamos haver abundantes cellulas epitheliaes de descamação, coccus, globulos de pus e quantidade prodigiosa de diplococcus—que foram após coloração especial, verificados serem gonococcus.

Podem ser ainda confundidas taes vegetações com os *condylomas syphiliticos*; porem um exame minucioso nos faz distinguir, pois taes syphilides podem ser salientes como a couve-flor, mas não são profundamente subdivididas como as vegetações; aquellas constituem uma massa papulosa, comprehendendo a epiderme e as papillas da derma, ao passo que a vegetação é um neoplasma epithelial superficial, independente do derma e interessando somente as papillas.

\* \* \*

Diagnosticado, foi por ordem do assistente Dr. Durval Gama, feita rigorosa asepsia, tomando o doente varios banhos locais com soluções antisepticas, até que estivesse em condições de ser submettido a intervenção cirurgica. Convem dizer que antes do tratamento cirurgico foram por nós feitas 15 injeções de tartaro emetico, não obtendo o doente melhora alguma.

No dia 20 de Agosto foi o doente levado a mesa de operação, ás 9 horas, tendo sido na vespera purgado convenientemente.

Sendo realizadas as ordens pre-operatorias, o doente foi por mim chloroformizado e operado com successo pelo digno assistente Dr. D. Gama.

A intervenção que durou 1 hora e 30 minutos, foi por demais sangrenta, observando-se na irrigação do tumor vasos de calibre igual ao da radial.

Foram absorvidas pelo doente 50,0 de chloroformio. A intervenção correu sem perigo; nos dias transcorridos o doente não accusou augmento de temperatura.

Diariamente eram feitos curativos com solução de permanganato e applicações locais de pomada de Reclus. Internamente foi administrada a medicação tónica.

Podíamos recorrer a tratamentos outros seguidos. Assim é que Lanz applica sob o tumor um crystal de acido tri-chloro-acetico; esta applicação, diz elle, não sendo dolorosa, determina uma escara, que se destaca, rapidamente sem inflammação e a ulceração consecutiva cicatriza rapidamente.

Mucière serve-se, com proveito, de um collodio salicylado sob a mucosa san, que possui uma acção electiva sobre os pontos doentes.

E. Chatelain, em um caso de papillomas do penio, obteve resultado satisfatorio fazendo pincellagens com ichtiol puro.

Podíamos tambem actuar os causticos, acido azotico, sulfurico, acético, a potassa caustica, o acido chromico seguido de nitrato de prata ou a congelação por meio de chlorureto de ethyla.

Abandonamos todos estes processos e preferimos o cirurgico por ser superior a todos elles.

Foram feitas excisões á tesoura nas vegetações pediculadas, raspagem á cureta nas sesséis e cauterizações successivas a thermo-cauterio não só para impedir a hemorrhagia dos vasos que existiam em grande numero, como tambem para evitar as recidivas.

Do resultado desta intervenção cirurgica tenho a honra de trazer a esta douta Sociedade esta pallida e desataviada observação, acompanhada de photographias antes e depois do acto operatorio e do paciente, lamentando não poder fazer acompanhal-as do observado, pois curado, que já se achava, não desejou permanecer mais nesta casa, terminando na terça-feira passada sua hospedagem hospitalar em direcção á Villa Nova, sua terra natal.

E'-me grato significar á douta Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia o meu sincero reconhecimento á attenção que foi dispensada á leitura do meu obscuro trabalho, o qual mais não revela senão o interesse que me despertam os estudos de cirurgia.

ANTENÔR CAVALCANTI.

---

## *O cirurgião E. L. Doyen*

---

Uma tarefa irrealizavel seria biographar o homem cujo nome encima esta modesta noticia. Não temos essa intenção. Vimos apenas mostrar que não somos indifferentes ao primeiro anniversario do passamento de Eugène Louis Doyen cujos trabalhos tanto beneficiam o mundo.

Na idade de 57 annos, a 22 de Novembro do anno proximo findo, ha um anno precisamente, hoje, morreu em Pariz esse cirurgião francez. Era natural de Reims, e oriundo de familia modesta. Seu pai, tambem medico vio muito cedo, no filho, qualidades pouco communs. Eugène era dotado de uma actividade ininterrupta, de uma vivacidade intensa, de uma tal vontade de aprender que dava ao seu progenitor o presagio de que teria uma carreira brilhante. Galgou depressa os cursos primarios e secundarios. Como estudante foi interno e externo de reputados professores dos hospitaes de Pariz. Champonnière, de quem foi admittido como interno em 1881, iniciou-o no methodo de Lister. No anno seguinte Doyen fazia as primeiras pesquisas das bacterias da suppuração, da osteomielite, e as experiencias da inoculação da tuberculose ossea e articular nos animaes. Nessa época, a cirurgia abdominal em França, estava sobremodo atrazada. Corria fama, merecida aliás de que as escolas allemãs, e notadamente, a Billorth, eram modelares. Por isso, Doyen soffrego de ver e estudar partio para a Allemanha e Austria. Visitou as clinicas de Czerny, em Heidelberg; de Mans, em Wursburg, onde se relacionou com Haffa, cujos trabalhos orthopedicos o fizeram bem conhecido, e finalmente, o serviço de Billorth em Vienna. Verificou que o exito austro-allemão era devido á severidade de seus methodos, e á observancia rigorosa da escola de Lister.

Os processos de Czerny despertaram-lhe interesse.

Entre outras operações por elle praticadas quasi desconhecidas em França, e que teve occasião de assistir

foi uma resecção da grande curvadura do estomago, e uma laparatomia por tuberculose peritoneal, operações essas coroadas de successo. Com assiduidade frequentou diversas clinicas dos dous paizes. Como tinha uma intuição critica muito facil começou a cotejar a cirurgia allemã com a de seu paiz e notou que ao par das vantagens sobreditas, os cirurgiões allemães tinham senões de que não eram dotados os francezes; o tempo excessivo dispendido em uma operação, e os excessos de auxiliares. Demais, quando havia carencia do espirito resolutivo do cirurgião, em uma laparotomia exploradora, por exemplo, o allemão, hesitante no caso, trocando idéas com os ajudantes perdia um tempo precioso.

De uma feita, em Berlim, depois de assistir com toda attenção uma interessante operação de habil allemão que a processou com todo rigor de technica, sahio com a effervescencia do calor latino murmurando: «*Ces longues séances, produisaient sur moi l'impression bien connue d'une melodie trop lente. J'aurais voulu pouvoir «accélérer le mouvement».* De volta de Vienna, vai á Faculdade de Medicina de Pariz, assistir uma aula de medicina operatoria de Farabeuf. Tem a impressão de uma cirurgia de 40 annos atrás. Notou logo nesse professor, a differença que ia de operar no vivo e no cadaver. E' que neste, não o preocupava a perda de sangue que lhe causara pavor naquelle. Além disso, com o que vio dos austro-allemães poude descobrir os defeitos na arte do professor.

Foi discipulo de Labée, de Bouilly, e Guyon de quem foi interno devotado.

Bermutz, espirito illustrado, gynecologo famoso,

empenhou-se em tel-o como seu externo. Em seguida internou-se na clinica de Lanceraux. Neste interim, Cornyl funda um laboratorio de bacteriologia, e Doyen se torna um estudante primoroso dessa especialidade com a organização e ensinamentos de Babes tem os novos methodos de Koch. Com dados, dedica se com afinco aos estudos anatomo-clinicos, por isso que elle os antevia indispensaveis á cirurgia contemporanea. Na experimentação empregou grande parte de seu tempo á busca da etiologia das doenças septicemicas, cooperando desta maneira ao progresso da cirurgia futura.

Com essa actividade crescente, cursou todos os annos da Universidade, onde sempre foi indigitado pelo grupo estudioso como alumno distincto. E com essa bagagem scientifica reunida num conjuncto de elementos pessoas estrea Doyen a delicada profissão de curar os enfermos. Logo depois de diplomado seguiu até Reims, sua terra natal, a visitar seus pais.

E' completamente alheio de nosso proposito fazermos, mesmo de leve, referencias a respeito á charlatanice de Doyen de que o inculcam com inflexivel rigor.

E' preferivel lembrar apenas o anatomista, o bacteriologista, o anatomo-pathologista, o cirurgião, o auctor, o artista, o psychologo.

De volta de sua cidade natal, no correr do anno de 1885, organizou no hospital Hotel Dieu de Pariz, um curso de anatomia descriptiva, concomitantemente com outro de medicina operatoria, com o fim de fundar uma escola, e possuir toda a habilidade manual.

Com poucas licções o seu curso já se achava bem

frequentado pela mocidade estudiosa. Isto deu-lhe estímulo e orgulho.

Adoptara o methodo allemão, isto é, uma lição de anatomia, por exemplo, uma dada região, depois de dessecadas todas as camadas, izolados todos os vasos e nervos, evidenciado todas as anomalias, exemplificados todos os processos, elle pausadamente mostrava ora no cadaver, ora na lousa, ora na estampa, a mesma cousa repetidas vezes, até ter a certeza de que ficara na memoria de todos os alumnos. Fimda a lição, trancava-se no amphiteatro, recapitulava e refazia as mesmas operações para adquirir a completa flexibilidade manual e a inteira simplificação na arte. Desseccava observando, aprendia deduzindo, sem o que seria a cura empirica, dizia elle. Ao passo que, munido desses requisitos theoricos e praticos, praticam-se sem receio as operações em todas as regiões com a maior possibilidade de exito.

Por esse meio, Doyen com o methodo inductivo e deductivo do sabio Hungaro Komensky, baseado na doutrina do grande Bacon, conseguiu com os predicados peculiares didacticos, implantar uma escola na cirurgia parisiense. Nos mesmos hospitaes em que ensinava e estudava a anatomia macroscopica, dedicava-se á anatomia microscopica, suas lesões e interpretações. Vendo a necessidade do concurso da hystologia e da microbiologia para a comprehensão da pathologia cirurgica, aprofundou-se nessa especialidade. Não esquecendo, todavia, de reler a miudo a physiologia para traduzir a pathogenia. Como acima já dissemos elle teve como



mestre nesses delongados trabalhos de laboratorios Cornyl, Babes e outros.

Na cirurgia, elle patenteiou de forma irrefutavel, a sua habilidade rara, a sua pratica enorme, a sua cultura profunda, o seu arrojo immenso.

Alguns cirurgiões o criminam de pouco technico. Outros apregoam de adulterador dos methodos classicos. Outros mais, finalmente, entre os quaes figura o Professor insigne, escriptor fluente, e gynecologo competente, J. Faure, do hospital Cochin de Paris, dizem e escrevem que Doyen era brusco e mais creador que operador.

Analysemos por partes, sem sombra de pretensão. Um cirurgião da monta de Doyen não poderia jámais seguir a technica de seus antecessores porque a methodisação de suas operações era propria.

Ao demais, com o engenho natural de crítico percebia quasi sempre uma desvantagem na technica dos outros. Em geral, os professores se illustram com os methodos e processos classicos, porém de ordinario, usam o proprio. Isto é explicavel porquanto cada um representa uma individualidade scientifica. Tratando-se, porém, de um espirito em cujos requisitos communs dos professores illustres, alliam-se qualidades superiores é inadmissivel adoptar methodo ou processo de outrem. Dest'arte, não poderia adulterar os demais methodos e processos.

Quanto á affirmação de que elle era brusco no acto operatorio e defeituoso pela maneira rapida de operar são, a nosso ver, injustas. Só havia certa aspereza no

operador, quando o caso por cuja gravidade exigia a maior rapidez nos tempos da operação e com essa habilidade obteve bons resultados em diversas craneotomias. O que há mistér para esses casos é que o cirurgião tenha os dotes nativos de Doyen. E as provas destruidoras dessa opinião injusta estão nos resultados de centenas de operações delicadas por elle praticadas nas mais arriscadas regiões do corpo humano.

Ha um conselho allemão que resa: trabalhai de vagar para operar depressa. É admissivel com justeza ao character allemão, cuja destreza manual e apprehensão de idéas é incomparavelmente inferior á latina. Mas a Doyen, cuja contextura psychica era privilegiada e cujo treinamento na arte quasi attinge á perfeição, não se lhe conceberia um manejar vagaroso de bisturi. Além disso, era dotado de uma delicadeza extraordinaria de tacto na polpa dos dedos, e com ella fez prodigios ora operando, ora diagnosticando na cirurgia da cabeça.

Enumeremos agora os factos comprobativos de que Doyen era tão creador quanto operador, ou melhor, só erá bom creador porque foi melhor cirurgião. Foi elle quem implantou, por assim dizer, a cirurgia abdominal em França. Creou methodos, inventou processos, remodelou technicas. Nas lesões não cancerosas do estomago fez curas extraordinarias, em 1893 encontrou um caso de estreitamento na parte média do estomago e para o que com resultado inventou uma operação (gastro-plastia.)

No pyloro, onde commumente estão as lesões do estomago, creou processos, ligando este ao duodeno (pyloro-plastia.)

Em 1892 inventou uma technica especial para a gastro-jejunosomia. Fez o processo de retrofixação do grande epiploon e colopexia gastrica.

Nas gastrotomias deu uma especial fórma á ferida gastrica.

Na cirurgia do peritoneo conta um não pequeno numero de casos de curas.

Nas peritonites diffusas com focos simples ou multiplos, tem ensinamentos bem uteis. No 2.<sup>o</sup> tempo desta operação, quando o foco é simples adherente á parede abdominal, e já se acha isolado e expurgado, adopta um meio pratico de explorar todas as regiões da cavidade por onde possam existir focos. Quando, porém, o caso é de focos multiplos em que ha mister reparação do peritoneo visceral, elle, depois de acurado estudo, de 1887 a 1895, conseguiu um processo effcaz como expôz a diversos congressos europeus.

Na cirurgia hepatica tambem demonstrou a sua habilitade. Um interessante caso em 1895, em Pariz pol-o em destaque.

Apresentou-se-lhe um doente em cachexia profunda.

Vinha com diagnosticos contraditorios de professores afamados. Doyen apalpou-lhe profundamente o figado e sentio uma massa resistente, cuja consistencia de aspereza contratava com o tecido glandular cerceante. Abcesso profundo, diagnosticou o notavel cirurgião. Operou-o e curou-o. Nas operações das extracções de calculos da vesicula biliar (cholecystomia), elle ideal-

zou um processo a que denominou processo ideal. Nas extirpações da vesícula, depois de observar repetidamente accidentes graves e fataes de processos classicos, por ser impossivel de fechar completamente o canal cystico, imaginou, com resultado, no terceiro tempo da operação, descollar, antes de abrir a vesícula, todo o peritoneo vesicular, com o fim daquelle canal ficar totalmente isolado da cavidade peritoneal pela bainha serosa da vesícula.

Nas appendicectomias operou centenaes de casos com exito.

Nas hysterectomias vaginaes só a remodelou, modificou e inventou valvulas, afastadores, pinças de todos os formatos e para diversos misteres da região, porque operou muito.

Já em 1892 havia apresentado ao Congresso Gynecologico de Bruxellas, 112 casos de hysterectomias vaginaes com uma porcentagem favoravel de 95 por cento. Foi hysterectomisando que Doyen modificou e criticou a pinça e o processo de Richelot.

A modificação da technica de Ségond e Pean tambem foi feita com o conhecimento vindo da clinica.

Depois de hysterectomisar e acuradamente observar mais de 100 doentes é que modificou, com proveito, em 1894, os processos classicos de Freund e Martin. Igualmente como cirurgião é que processou o modelo para a sua mesa cirurgica como tambem modelou o seu processo para os casos de tumor maligno.

Na cirurgia thoraxica só planejou um methodo para o tratamento da pleurisia purulenta e outro para o das fistulas pleuraes porque a clinica o incitou.

Na cirurgia da columna vertebral—o instrumento de sua invenção—o rachitmo foi idéa despertada operando um volumoso sarcoma nas apophises espinhosas; idéa essa partida de seu ajudante. Da mesma sorte foi como creou processos e methods, na cirurgia renal. E assim, deixou um processo de fixar o rim (nephropexia), e fez nephrotomias, abrindo o bassinete sem comprimir o feixe vascular, evitando desta arte hemorragias secundarias. Extrahio, por diversas vezes, calculos de 10 e 12 centimetros situados abaixo da origem dos ureteres, e descoberto um processo de anastomose uretho-ureteral. Fez curas diversas de pyelites supuradas bilateraes. Para as nephrectomias, creou a pinça esmagadora, grande e pequeno modelo.

Na cirurgia da cabeça conseguiu fazer o que poucos especialistas alcançaram. Qualquer que fosse a região que abordasse, na face, na nuca, ou no cerebro, quando não fosse favoravel o resultado da cura, sempre o era o da technica. Fallemos das craneotomias onde elle empolgou o mundo medico. Fosse typica ou atypica essa operação, a habilidade e calma, posto que operasse depressa, era sempre a mesma. Na primeira hypothese, entre outros casos enumeremos um de abcesso profundo cerebral.

O paciente estava em tal estado de insensibilidade, «in extremis», que fôra dispensada a anesthesia. Na exploração e incisão da membrana envoltora do cerebro (duramater) é que se pôde dizer que o operador reúne toda a sua experiencia e intelligencia na polpa dos dedos.

Depois de feita a incisão e explorada bem a região,

drenou. A tarde, do mesmo dia, o doente fallava. Doyen recommenda com insistencia que não se deve delongar as manobras endo-craneeanos; é preciso agir depressa.

Um outro caso. Apresentou-se-lhe um paciente portador de uma necrose no ramo montante no maxillar esquerdo. Operou-o.

Decorridos alguns dias elle apparece com aphasia, agraphia e intensa cephalalgia, Diagnosticou abcesso cerebral. Não pequeno numero de clinicos discordaram do diagnostico. Defendeu com vantagem a sua opinião. Craneotomizou o paciente, na região temporal, e constatou o abcesso com mais de 10 centimetros cubicos de puz, ao pé da segunda circumvolução frontal. Quatro dias depois a aphasia e a agraphia decresciam. A cura fez-se sem incidente.

Ainda um outro caso numa das regiões mais delicadas do encephalo: a extirpação do ganglio de Gasser. Praticando esta operação é que idealizou o seu methodo temporal, a pinça descolladora da dura-mater, a rugina apropriada, a hemostatica do seio venoso. Por tal maneira é que fez a critica do methodo e processo dessa operação do especialista Krause, notavel professor da Universidade de Berlim. Pelo mesmo modo é que conseguiu apurar a eficiencia do seu explorador electrico, aparelho utilissimo para este assumpto. Com elle Doyen, diagnosticou e precisou entre outros, um doente do professor Raymond, um tumor cerebral (glyoma), posto que estivesse imperceptivel a palpação.

Em summa, as diversas pinças, canulas, thesouras, agulhas, serras, ruginas, affastadores, dilatadores, es-

peculos, trepanos, brocas, perfuradores, mesas, aparelhos, a modificação, a remodelação, a invenção do methodo ou processo, tudo, é o producto de sua actividade na arte de operar. A idéa nasce da observação e da necessidade, dizia Goethe, e foi observando e supprindo as necessidades da profissão, no labor diario, que Doyen produziu tanto, deixando por onde passou o sulco luminoso de seu vasto e fecundo talento.

Como autor elle não fez mais do que retratar-se em seus livros, em todos os grãos da escada progressivamente ascendente de sua carreira scientifica.

Entre as suas obras destacam-se as mais importantes: — Therapeutique chirurgicale e chimique opératoire, Traitement chirurgicale des affections de l'estomac, Le cancer, traitement du cancer, Atlas d'anatomie topographique.

O Therapeutique chirurgicale é um tratado composto de cinco volumes, cada qual com uma exposição clara, succinta. Do começo ao fim da obra, Doyen dá o seu perfil, imprimio o que vio, descreveu o que observou, relatou o que deduzio, ensinou o que fez, divulgou o que inventou.

Em quasi todos os capitulos resalta a justeza, a ordem, a singeleza e isto dá ao cirurgião noviço a confiança em si proprio.

O estylo dessa obra é a expressão verdadeira de sua personalidade.

O Atlas d'anatomie topographique é dividido em dous volumes com gravuras.

As estampas do 1.º volume são cortes de differentes regiões e posições do homem e da mulher.

O 2.º volume é quasi composto de cortes da cabeça. As estampas são bem nitidas, e a coloração assemelha-se á normal.

A obra confirma o anatomista.

O livro *Traitement du cancer* é tambem quasi de gravuras desenhando cortes anatomo-pathologicos. Por elle se calcula o quanto estudou essa especialidade o autor.

Como artista, Doyen demonstrou na mais simples operação o seu valor. Qualquer que fosse a séde, na pelle, no tendão, no musculo, no órgão, no vaso ou tecido, elle autoplastisava, tenotomisava, myotomisava, laqueava ou suturava com o molde artistico e technico. A figura 243, do 2.º volume de seu tratado, uma photographia de uma jovem senhora com uma grande queimadura na face, com perda da palpebra inferior e da pelle do lado esquerdo. O operador fez uma blepharoplastia pelo methodo italiano, isto é, enxertou um retalho da pelle do braço correspondente. A figura 251 retrata o resultado da operação. Só se notam as cicatrizes. A palpebra inferior restaurada, a retracção labial desaparecida, a bochecha composta, e a physi-nomia viva, expressiva.

Autoplastizou uma outra doente de cancer ulcerado dos dous seios, cujo retrato (figs. 284 e 288) vêm no volume 3.º do referido tratado. Percebe-se nas figuras que a paciente soffrera consideravel perda de tecido. Operou por um processo proprio de incisões curvelinhas combinadas, afim de aproveitar o quanto possivel do tecido são de redor. O resultado, como demonstra a figura 288, foi completo.



No livro 4.º ha uma tantas figuras (485 a 590), cujas operações estão subscriptas e merecem menção.

Attente-se á physionomia do cirurgião, nas diversas posições, e se lhe nota o artista burilando ou pintando, tal é o relevo. Na primeira imagem (fig. 485) o cirurgião com a mão esquerda flectida, constata a mobilização do rim com sensível leveza. Na figura seguinte em que o rim apresenta-se completamente isolado do tecido circundante, é prolabado ao exterior. Empalmando-o com a mão esquerda, o operador com a direita dedilha os vasos constituídos do pediculo, e esta expressão conjugada com a de seu facies, e pelo qual se avalia o que lhe vai no espirito. Finalmente a ultima figura, a costura da ferida em pontos separados, é o termo da operação.

O cirurgião arremata numa postura descansada, e assignal-a de modo eloquente o repouso de uma victoria scientifica.

Nas craneotomias elle sempre trepanava com arte e elegancia. Haja vista o quadro classico do Congresso de Moscou, em 1897, em que o vemos demonstrando o seu processo. Nesse quadro se destacam os seguinte sabios e professores: Roux, de Lausanne; Malibram, de Menton; Vivant, de Monte-Carlo; Sklifassowski, de Petrograd; Simpson, de Edimburg; Kocker, de Berne; Czenny, de Heidelberg; Bourcart, de Cannes; Vno Bergmann, de Berlín; Toupet, de Pariz. O parte desse cirurgião, a maneira elegante de segurar o escalpello, a fórma de reter o retalho da ferida operatoria, a sua fronte enrugada denunciando attenção, o

olhar penetrante, como que se esmerando em ajustar a rapidez com o preceito tecnico de seu invento, tudo nelle é condizente com o artista. De todos os cirurgiões que vimos operar em Allemanha, Austria, Italia, Suissa, Belgica e em França, só Gosset, a nosso ver, o emparelhava ou excedia em elegancia e esthetic.

Foi a arte entrelaçada na sciencia que impulsianou o espirito de Doyen a chegar ás victorias conhecidas.

Não se contentou em investigar a sciencia da materia, foi a sciencia do espirito. Aprofundou-se na physionomia indo até a menor minudencia psychologica.

Estudou na psychologia individual as trez sciencias: a esthetica, a logica e a ethica.

Na clinica civil, hospitalar, e no convivio diario com os homens, elle comprehendeu a psychologia collectiva e de que deu provas de modo persuasivo. Tinha o que o philosopho Farias Britto chamava -- o instincto prescientifico.

Doyen era um grande psychologo.

Pelo exposto, estamos plenamente certos que a intelligencia do insigne cirurgião era eminentemente culta e aquecida pelo fogo do genio, e por isso é que imprimio uma epoca nos fastos da moderna cirurgia.

DR. ALFREDO PINHEIRO

Do «Jornal do Commercio», de 22 de Novembro de 1917.