

GAZETA MEDICA DA BAHIA

Vol. LI

Julho — 1919

1616

A proposito das fistulas vesico-vaginaes

R 5135

Pelo Prof. J. ADEODATO

Cathedratico de Clinica Gynecologica da Faculdade
de Medicina da Bahia

Tenho trazido ao conhecimento desta douta sociedade casos raros e interessantes de fistulas vesico-vaginaes; venho hoje occupar-me não de um caso raro, mas de uma observação que me suggere considerações, as quaes reputo dignas de submeter á apreciação de meus illustres consocios.

A 3 de Abril do corrente anno, entrou para o meu serviço, no Hospital Santa Izabel, uma doente M. T. C., mestiça, primipara, accusando incontinencia absoluta de urinas, sobrevinda após o parto que occorreu a 30 de Março de 1917, parto muito laborioso, que durou quatro dias, terminando-se a forceps, pela extracção de uma creança morta.

O exame objectivo revelou larga perda de substancia do septo vesico-vaginal, podendo admittir dous dedos, ou seja de cerca de tres centimetros de diametro. Perineu lacerado até o esphincter e parte do septo recto-vaginal, reparado em parte pelo processo cicatricial; vagina, flacida, esbojada e irritada pelo contacto continuo da urina fluente.

turva e infectada, irritação que se extendia ás partes circumvisinhas, donde exhalava cheiro fortemente ammoniacal.

A doente foi submittida a um tratamento preparatorio longo e demorado; sonda de permanencia, uso interno de urotropina e benzoato de sodio, lavagens vaginaes quentes com solução de alumen e acido borico, ao lado de uma medicação tónica e reconstituinte. A sonda de permanencia conservava-se por alguns dias, retirava-se por algum tempo e assim por diante.

Com este tratamento, a urina retomou pouco a pouco os seus caracteres normaes, cedeu a irritação da vagina e das partes circumdantes, melhorou o estado geral da paciente e ao passo que taes modificações se faziam, a fistula tendia a restringir-se, chegando á dimensão de mais ou menos um centimetro de diametro transversal.

Decidida a operação, foi praticada no dia 18 de Junho proximo passado, sob anesthesia pelo chloroformio. A perda de substancia foi reparada pelo methodo de desdobramento, uma variante do processo classico e do processo de *Fergusson Braquehave*,—a qual venho praticando de algum tempo, mas que só no caso em questão puz em pratica com plena satisfação da modificação imaginada.

Sobre a tecnica seguida e a discussão de suas vantagens a meu modo de ver, discorrerei dentro em pouco.

Não me foi possivel proceder na mesma sessão

à reparação do perineu, porque a doente supportou mal a chloroformização.

O resultado immediato foi a meu contento e na medida de minhas esperanças:—sutura forte, sustentando a pressão de uma injeção vesical sufficiente para distender a bexiga, liquido de lavagem sahindo claro, sem vestigio apparente de sangue.

Appliquei uma sonda de permanencia, pela qual nos dias subsequentes eram feitas lavagens da bexiga, com solução fraca de nitrato de prata, alternada com agua boricada. Retirada a sonda após o 6.º dia, a emissão da urina tomou o seu curso natural, sem disturbios.

A cicatrização, que se processou sem incidentes, verificou-se completa e solida ao decimo dia, quando foram retirados os pontos de sutura. A urinação mantem-se normal, sob todos os pontos de vista.

A doente, que se acha aqui presente, accedeu em adiar a sua alta, para que possa ser examinada pelos collegas que se interessarem pelo caso.

Da observação que acabo de relatar em resumo, dous pontos merecem minudiar-se: 1.º—a vantagem do tratamento preparatorio prolongado, mesmo nas fistulas já antigas, parecendo definitivamente constituídas;—2.º a descripção da modificação de technica imaginada e as suas vantagens.

1.º—Sobre a questão da opportunidade para a intervenção cirurgica nas fistulas vesico-vaginaes, os cirurgiões de todos os tempos se tem dividido em

duas facções: os *prematuristas* e os *retardatarios*, allegando-se de parte a parte razões mais ou menos plausiveis, que não pretendo analysar miudamente; apenas me proponho fundamentar o meu modo de pensar.

Inscrevo-me entre os que advogam a operação tardia, com a restricção, porém, de não fixar prazo estipulado, como se tem feito,—dous mezes, por exemplo, contados da data do parto em que a lesão se originou, tempo sufficiente, diz-se, para que o trabalho de preparação natural se tenha produzido, para que a fistulá se tenha definitivamente constituido.

Antes de tudo, convém lembrar que as condições de estado geral e os cuidados de hygiene a que se submettem as pacientes são muito variaveis para que possam em um mesmo e determinado prazo, dar conta do restabelecimento da vitalidade dos tecidos e consequentemente do processo reparador.

Só a observação de cada caso em particular, attendendo-se ás indicações clinicas que se apresentarem; permittirá fixar-se o momento opportuno para a intervenção. A experiencia de um certo numero de casos me tem ensinado que fistulas parecendo definitivamente constituidas são susceptiveis de restringir-se sob a influencia de um tratamento preparatorio conveniente. E' exemplo disto o caso que me suggeriu a presente communicação.

A restrição do orifício fistuloso é realmente uma condição favorável ao êxito operatorio, porque facilita a aproximação das superfícies avivadas; mas o que visa antes de tudo o tratamento preparatorio é o recobro da tonicidade dos tecidos e o estabelecimento de meio de relativa asepticidade, condições indispensáveis para o êxito operatorio, em qualquer caso.

No acervo de preceitos e manobras que os antigos cirurgiões preconizavam no tratamento das fistulas vesico vaginaes, desanimados pelos insuccessos constantes das intervenções operatorias, figuram muitas velharias, que, si não são eficazes para a reparação integral da lesão, não deixam de ter alguma influencia melhoradora das condições locais dos tecidos. Ha mesmo algum, seja dito de passagem, que applicado com discernimento, pôde ter como resultado a cura de certas fistulas.

Aqui mesmo, em uma das sessões desta sociedade, já tive occasião de referir-me aos bons resultados que tenho conseguido, com a cauterização pelo nitrato de prata, applicado por meio de um pequeno instrumento de minha invenção, no tratamento de pequenas fistulas, dadas as condições de escolha dos casos e preenchidos certos requisitos de technica, que descrevinei na communição a que me refiro.

Entre os preceitos therapeuticos antigos, figura a perivação da urina, preceito racional, que, por um

modus faciendi modernizado, relevantes serviços nos pôde prestar e tem realmente prestado, como meio auxiliar e, em determinadas circumstancias, até mesmo curativo, no tratamento das fistulas vesico-vaginaes. A derivação da urina effectivamente desvia o curso anormal do liquido nocivo, evitando a um tempo a inflamação da vagina e a perturbação do processo reparador que a natureza promove expontaneamente.

Esta indicação therapeutica, que os antigos pretendiam preencher pelo tamponamento da vagina ou pela posição da paciente,—lateral, ventral, ou genu peitoral,—hodiernamente se põe em pratica mais racional e efficazmente pela sonda de permanencia.

A desinfecção do meio urinario, *intus* e *extra*, pela urotropina e os balsamicos e pelas lãvagens vesicaes com solução de nitrato de prata ou de protargól, alternadas com a de acido borico; as irrigações vaginaes quentes com a solução de alumen e acido borico, fracamente antisepticas, como convém em casos taes, mas inilludivelmente modificadoras dos tecidos; e finalmente o tratamento reconstituinte, para restabelecer as forças da paciente, quasi sempre deprimidas pela intóxicacão urinoza, collaboram com a sonda de permanencia para auxiliar os esforços naturaes de cura.

Pequenas fistulas recentes podem mesmo curar-se com este tratamento; em qualquer caso se tor

util, sinão indispensavel porque cria condições favoraveis á cura operatoria, ou eventualmente pela cauterização.

A' vi-ta do exposto, sou de opinião que a intervenção cirurgica nas fistulas vesico-vaginaes por via de regra deve ser tardia, contanto que seja a paciente submettida á observação, sob um tratamento preparatorio conveniente, devendo ser a oportunidade operatoria determinada pelas condições peculiares a cada caso em particular.

Esta afirmação não exclue eventuaes excepções, mas até hoje em minha pratica não tive ensejo de affastar-me desta regra.

2.º—Como sabemos, no methodo ordinario, de desdobraimento, se isolam as duas camadas, vaginal e vesical, a partir das bordas da fistula, para a peripheria:—o desdobraimento é, como se tem dito, *centrifugo*

No processo de *Fergusson-Braquehay*e, incisa-se a mucosa vaginal em torno do orificio fistuloso, circumscrevendo uma orla de cerca de um centimetro; descolla-se então esta orla de tecido vaginal da peripheria para o centro:—o desdobraimento é dito *centripeto*?

No methodo classico de desdobraimento, cosem-se separadamente os dous retalhos, juxtapondo as respectivas bordas. No *Fergusson-Braquehay*e, as bordas da orla vaginal são reviradas para o orificio, e approximadas pela costura, e por sobre este primeiro plano, cosem-se as margens

da superficie sangrenta da vagina, donde se destacou o retalho.

Não ha aqui sinão um retalho propriamente dito,—a orla da mucosa vaginal; o segundo plano de sutura se faz por approximação das bordas vaginaes *não descolladas*, como si fosse uma superficie avivada pelo methodo americano.

Por mais que se cui le em estabelecer uma exacta coaptação das bordas vesicaes, no methodo de desdobramento, a superficie da sutura no interior da bexiga não é perfeitamente estanque e fica exposta ao contacto da urina, arriscando-se á infecção. O processo de *Fergusson-Braquehay*e evita até certo ponto, mas não em todos os casos, este inconveniente; tem, porém, a desvantagem, já denunciada por outros, de, no caso de falhar a cicatrizaçãõ, haver uma perda de substancia, por mortificação do retalho revirado.

Venho de algum tempo cogitando de evitar estes inconvenientes, procurando obter uma sutura estanque, do mesmo modo espessa e resistente, sem prejuizo de tecido; cheguei finalmente a pôr em pratica no caso que trago ao conhecimento desta sociedade, certas particularidades de technica, que me deram o resultado almejado.

Circumscrevo a perda de substancia por uma incisão a 5 millimetros ou menos para fóra do contorno do orificio fistuloso. Procedo a um descollamento centrifugo dos dous planos,—vaginal e vesical, na extensão de um centimetro mais ou

menos em toda a circumferencia da fistula, deixando adherente ao contorno do orificio a estreita orla de tecido vaginal limitada pela incisão. Os pontos do primeiro plano de sutura são passados em plena parede vesical, sem penetrar na mucosa, abrangendo a margem avivada da orla vaginal.

Amarrados os pontos, consegue-se um affrontamento largo e perfeito do plano vesical, e as bordas da fistula, constituídas pela orla vaginal adherente, reviram-se para dentro da cavidade, formando uma rolha, que obtura eficazmente o meato fistuloso, e assegurando á superficie suturada uma hemostasia segura e um resguardamento do contacto da urina, de asepticidade duvidosa.

O segundo plano,—vaginal—é suturado passando-se os pontos a um centimetro mais ou menos das bordas sangrentas, de modo que o fio penetre ao nivel do angulo d'edro formado pelos dous planos de desdobraimento, em cada hemirculo da fistula. Apertados os pontos, resulta uma superficie de sutura larga, espessa e esbeçada, sem espaços mortos. A sahida de liquido claro, sem vestigio de sangue, ao proceder-se á lavagem da bexiga, confirma a perfeita hemostasia e portanto a exacta coaptação do plano vesical, sem resquicio de superficie sangrenta a descoberto.

Prevejo a objecção que se me pôde fazer de que a *rolha* de tecido vaginal, proeminente na bexiga, possa causar disturbios futuros. Não me parece, porém, irrazoavel acreditar-se que a distensão da

bexiga, pelo accumulo da urina, no desempenho de sua função physiologica, e a tendencia natural á reparação dos tecidos, acabem por desmanchar a excrescencia, aplanando a superficie endo-vesical. Demais, de identica objecção seria passivel o processo de *Fergusson-Braquehay*e, mas até hoje, que me conste, ninguem ainda observou, nos innumerados casos operados, accidente algum desta origem.

Tal é o processo imaginado por mim e que puz em pratica na doente que apresento á Sociedade, submettendo á apreciação de meus preclaros collegas.

Sobre um caso raro de corpo estranho que permaneceu no recto do paciente mais de 5 mezes

Pelo Professor J. GRACEZ FROES

O corpo estranho que ora apresento á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia representa uma verdadeira curiosidade, porquanto, revendo a litteratura medica attinente ao caso, não logrei encontrar nenhum outro exemplo de *chitre de boi* encarcerado no recto.

Têm sido retirados do recto corpos estranhos de natureza, diversas como sejam seixos mais ou menos volumosos, pedaços de madeira, sabão, thermometros clinicos, fructos, sondss rectaes, ca-

nullas rectaes, copos de tamanho variavel, garrafas, rolhas de madeira, raizes de vegetaes, pedaços de junco, forquilhas de madeiras, mãos de gral, copos de cerveja, garfos, lapis, bolas, estojos, o fructo do cacauero, um piston e, agora, podemos accrescentar um chifre de boi (!)

O doente portador dessa curiosidade clinica e medico legal, sobre cuja historia minuciosa nos dará informações, dentro em pouco, o illustre collega Dr. ALEXANDRE AFFONSO DE CARVALHO, que o examinou antes de seu recolhimento ao Hospital, falleceu no serviço clinico do illustrado Professor Dr. BRAZ DO AMARAL, para onde entrára em estado deploravel, após a permanencia do chifre no recto durante 5 mezes.

Na impossibilidade de remover a peça sem anesthesia geral, foi o paciente chloroformizado, fallecendo ás primeiras inhalações do anesthesico.

A peça foi retirada na mesa do MORGAGNI e offerecida, por meu intermedio, ao Gabinete de Medicina Publica da Faculdade de Direito da Bahia pelo Professor AMARAL, a quem reitero d'aqui os meus agradecimentos.

E', como se vé um *chifre de boi* do tamanho medio, com 18 cm. de comprimento e 6 cm., 8 de largura maxima, tendo 19 cm. a circumferencia maior.

Foi introduzido pelo proprio paciente como meio therapeutico contra colicas intestinaes, ao

que referiu aos Srs. Drs. CRESCENCIO DA SILVEIRA e ALEXANDRE DE CARVALHO.

A superficie externa da peça é bastante lisa, como que lixada e á extremidade mais volumosa do chifre adaptava se um cabo, que se desprendeu em dada occasião, dando azo a que fosse a curiosa peça *deglutida* pelo recto.

Desejando dar um pouco de valor a essa comunicação vpu recordar alguns casos curiosos de corpos estranhos do recto, dentre os que encontrei em uma recente revisão da materia.

I.—Caso citado por GROSS—o supplicio do rei Eduardo II, da Inglaterra, em cujo anus foi introduzido por um dos assassinos (GOURNAY) um ferro candente.

II.—O caso citado pelo Professor ZIINO (de Messina) de um official, em cujo anus penetrou uma bala inimiga, no momento em que, no acceso da lucta e dirigindo uma manobra militar, soerguera-se da sella do cavallo. Nenhum vestigio de ferimento se encontrára ao exame externo do cadaver, mas revelou a necroscopia a existencia de uma bala no ventre e que penetrára pelo anus do infeliz official.

III.—Observação de MARCHETTIS. (*Obs. med. rarior. syll de ulceribus ani*). Prostituta em cujo anus introduziram alguns estudantes ebrios uma cauda de porco, que, tendo penetrado pela parte mais volumosa, não poude ser extrahida sem intervenção medica, por causa das vivas dores produzidas pelas cerdas cortadas.

IV.—Caso de CLOSMADUC e FOLLIN, em que um condemnado a 20 annos de trabalhos forçados, falleceu de peritonite, sendo encontrado, á necropsia, um estojo no recto, medindo 14 cm. \times 4 cm. 5 e pesando 650 grammas. O estojo continha diversos instrumentos de ferro, constituindo o que os francezes chamam *necessaire*.

V.—Caso de NELATON (1864). Um grande copo de cerveja, quebrado por tentativas de extracção por meio do forceps e que foi retirado por VELPEAU com o auxilio de uma calçadeira de sapatos.

VI.—Caso de DESORMEAUX, no Hospital Necker (1862)—Uma garrafa de 19 cm. \times 5 cm., 5, retirada com o forceps.

VII.—Observação de HOWINSON (1867)—Garrafa de 20 cm. \times 10 cm., que o paciente informava haver-se introduzido accidentalmente, por queda (*sic*.)

VIII.—Caso de RAFFY (1860)—Uma forquilha de madeira com os 2 remos afastados de 7 centímetros um do outro e medindo cada um 7 e 8 cm., com a espessura de um dedo minimo de adulto. Tal corpo permaneceu no recto 18 dias, provocando hemorragia durante 12 dias.

IX.—Caso de MONTANARI (1861)—Mão de almofariz de cosinha com 30 cm. \times 6 cm., 5. O mesmo doente falleceu posteriormente de peritonite consecutiva á perfuração do S iliaco por uma mão de pilão, medindo 55 cm. \times 7 cm., que elle tentara introduzir pelo anus.

X.—Caso de WITNER—Um alienado que fez penetrar no recto um pedaço de madeira com 30 cm. de comprimento e morreu de peritonite.

XI.—Caso de VELPEAU—Uma garrafa de agua da Colonia com 28 cm. (1849.)

XII.—Caso de NOLLET, referente a um monge atacado de colicas intestinaes e que introduzira no recto uma grande garrafa cheia de agua.

XIII.—Caso de POULET, relativo a um sapateiro de Vienna, de cujo recto foi retirada cirurgicamente uma thesoura com 6 1/2 pollegadas de comprimento e 3 de largura.

XIV.—Caso DE REUZIO e COLLUCI, tangente a um copo commum, dos de vinho.

XV.—Observação de SCAREUZIO em 1859, extrahindo do recto de um marinheiro austriaco um piston de 22 cm., 6×5 cm.

XVI Casos que observei no Museu Depuytren, em Pariz, de uma garrafa de Quina Laroche, outra garrafa como as de Agua Ingleza, um copo grande de cerveja, um cylindro de madeira com 35 cm. × 4 cm. e um fragmento volumoso, comprido e tortuoso de raiz vegetal, extrahido cirurgicamente por NÉLATON.

XVII.—Observação recente, de 1919, publicada pelo Dr. O. SMILLEY no *Journ. of the Amer. Med. Ass*—Um copo de vidro com 4 pollegadas de altura e 3 pollegadas de diametro maximo, extrahido por leparotomia e morte do paciente por peritonite.

XVIII.—Casos observados no Recife pelo Dr. ARNÓBIO MARQUES.—Uma garrafa de Quina Laroche, extrahida por versão; uma garrafa de vinho do Porto extrahida aos pedaços, porque o próprio paciente a havia quebrado com manobras de extracção; uma fôrma de sorvête, metallica e de fôrma conica, utilizada por um operario francez no tratamento de hemorrhoides.

XIX.—Caso do Dr. ARTHUR COTIAS, da Bahia—Um fructo, de tamanho médio, de cacauero, retirado do recto de um pobre homem, em Valença.

XX.—A observação rara que trouxe á apreciação desta Sociedade, cujo conhecimento devo á obsequiosidade do illustrado Professor Dr. BRAZ DO AMARAL e sobre cujas minucias vamos ouvir a palavra de um dos clinicos que examinou o paciente na cidade de Conquista (Bahia)—o Snr. Dr. ALEXANDRE DE CARVALHO.

Communicaçào à Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia.)

Notas em torno de um caso de corpo estranho do recto

pelo Dr. ALEXANDRE AFFONSO DE CARVALHO

O curioso caso clinico que vem de trazer ao conhecimento desta douta assembléa, o illustrado prof. João Frões, obriga-nos a usar da palavra, por

havermos prestado assistencia medica ao referido paciente, quando em Conquista clinicavamos.

* * *

Em dias de Outubro de 1918, naquella cidade, onde então praticavamos a medicina, fomos convidado pelo distincto collega Dr. Crescencio da Silveira para com elle, vermos um doente e emittirmos a nossa graça opinião a respeito.

E, não nos fazendo esperar, para logo, accudimos ao convite, ouvindo do nobre collega a exposição seguinte: "Que ha dias fôra chamado, á noite, afim de vêr e prestar os seus cuidados profissionaes a J. A. residente á rua da Varzea, o qual ha mais de 24 horas não urinava e soffria muito; que procurando examinar o paciente, de accôrdo com os methodos da bôa e sã propedeutica não o conseguiu, pois a tal se oppunha o mesmo mormente no que tangia á palpação abdominal, que de maneira alguma consentiu fosse feita, allegando não supportar a menor pressão, por minima que fosse, ao nivel da parêde ventral anterior, reluctancia, tenaz e insuperavel, que levou o Dr. Crescencio a fazer o catheterismo com esvasiamento da bexiga, julgando tratar-se de um caso de atonia vesical, sendo a primeira vez que J. apresentava tal incommodo.

Além da intervenção de urgencia o Dr. Crescencio prescreveu um purgativo de oleo de ricino e o uso de antisepticos urinarios.

O purgativo não fazendo o effeito esperado, outro foi prescripto, ao lado de novo esvaziamento da bexiga, por por assim ser preciso.

Logrado o exito do purgativo como informaram pessoas da familia do paciente, o quadro clinico mudou bastante, dispensando o cliente cuidados profississionaes, até que, no fim de alguns dias, cinco se não me engano, mandou elle chamar, de novo, o medico, queixando-se de que não podendo defecar, fez uso, como auxilio, de um *pedaço de pão* (na expressão do paciente), ficando o mesmo, infelizmente, no recto.

Assim avisado o Dr. Crescencio acorre solícito á casa de J., encontrando-o em decubito ventral, unica posição em que sentia bem estar, ou melhor, não se sentia muito mal.

Grande era o soffrimento do infeliz, com dôres cruciantes, atrozes, ao menor movimento, o que levou o medico a exigir-lhe prestar-se ao devido exame, só o obtendo depois de muito batalhar, maxime para a pratica do toque rectal.

Superando todos os impecilios, vencendo a formal repulsa de J... foi feito o toque rectal, notando o collega a presença de um corpo extranho, duro e resistente, que não madeira, como dissera o doente, porém, qualquer cousa que dava a sensação de lisura e consistencia de vidro, pois jamais seria supposta a idéa de chifre, por extravagante senão absurda.

Proclamada a suspeita do illustrado collega, o paciente relectou negando, e, só a muito insistir, com certa energia, requerida pelo caso, foi que elle confessou não ser vidro, nem páo, mas, sim um chifre que elle introduzira no recto a conselhos de outrem, como lenitivo a colicas intestinaes que, de ha muito o vinham torturando.

E, foi nesta occasião que recebemos o convite do nobre collega, que é uma organização completa de clinico illustrado e consciencioso, si bem que afastado dos centros scientificos.

* * *

Depois de ouvirmos, com attenção religiosa, a historia que, em breves traços, expuzemos adiante, procedemos ao exame do paciente e notamos: Pela inspecção do abdome, abaulamento manifesto de todo ventre e uma elevação acuminada a um ou dois dedos transversos abaixo da cicatriz umbilical; pelo palpar do ventre o doente accusava fortes dôres e não consentia em pressão alguma sobre a parede do ventre; ainda a palpação nos informava ser a saliência observada a 2 dèdos abaixo da cicatriz umbilical a ponta ou vertice do chifre.

Pela percussão era franco o tympanismo abdominal.

O doente não podia estirar-se por completo, mantendo sempre uma posição de encurvamento ventral, afim de adaptar-se, creio eu, ás curvaturas do chifre.

Ao toque rectal verificamos a presença do corpo

estranho, que de facto, pela conformação, consistencia e diametro, vimos ser um chifre.

Em presença do collega procedemos ao interrogatorio do doente, nada adiantando do que já dissemos.

Indagando da maneira porque introduziu elle o chifre, J. declarou que o mesmo era preparado, isto é, polido, com um orificio superior no vertice, e com um cabo de madeira adaptado á base.

Tudo nos fez crêr não ser a primeira vez que o infeliz fazia uso de tal apparelhagem, cujo effeito, na therapeutica das colicas, não podia ser mais contraproducente e desastrado.

A pressão produzida no interior do chifre, que representava uma cavidade ôca, fez com que o cabo de madeira se descollasse, ou melhor se desligasse, ficando o chifre no recto.

Estavamos crentes, e não mal avisados, ao que nos pareceu, de que tratavamos de um caso de pederastia em sua franca passividade, bem se enquadrando nos moldes dos invertidos sexuaes.

Sem mais detalhes, aconselhamos ao doente a retirada do corpo estranho, de cujos prejuizos e maleficios o proprio individuo já se queixava, o que não fazia a começo, conservando-se calado, até mesmo negando, factos que mais nos levavam a manter o pensamento feito.

A uma intervenção sangrenta J. adeantou não se prestar, tentando-se, então, a retirada do corpo estranho, por meio de dilatações do anus, o uso

de especulos e velas de Hégar e apprehensão do chifre com pinças de Museaux, o que não foi tão facil, quanto á primeira vista poderia parecer, dada a inadaptação da superficie plana dos ramos das pinças ao contorno recurvado do chifre e a resistencia do mesmo a um bom apoio.

Lutamos durante duas horas, debaixo de uma atmospherá de cheiro nauseabundo, pois pelo orificio do vertice do chifre corria um liquido de odor repugnante, até que pessoa da familia não mais consentiu na tentativa.

Excusado dizer que J. soffreu muito e, até certo ponto, com notavel resignação.

Oito dias depois, como peiorasse muito, o doente resolveu ser operado, isto é, sujeitar-se a uma intervenção sob chloroformio, a qual consistiu em uma resecção do coccyx, como julgavamos necessario.

Iniciada a chloroformisação por um de nós, entregamos a mesma ao Pharmaceutico Jesulindo de Oliveira, dando-se começo á intervenção, que não levamos a termo pelo receio de que o doente, cachetico como se achava, não resistisse ao choque, mormente tendo que se retirar a parte da mucosa, fortemente entumecida, circumdando o rebordo do chifre, retirada que levaria ao paciente grande grande perda de sangue.

A pobreza de recursos de que dispunhamos superou a nossa boa vontade, fazendo com que aconselhassemos a J. vir immediatamente para a Capital,

afim de ser confiado á pericia magistral de um dos nossos emeritos cirurgiões.

Uma intervenção por via abdominal nem pensamos sequer, uma vez que julgavamos de todo improcedente, de nenhuma efficiencia, dadas as condições do peritoneo do paciente.

De Conquista sahimos a 4 de Dezembro, sem que o observado de lá tivesse vindo, somente o fazendo muito depois.

Do que pensamos sobre o caso não vae mal que digamos, de passagem, julgar tratar-se de um invertido sexual passivo, sem que também não fosse absurdo pensarmos em uma tentativa de suicidio por psychose de typo não bem determinado.

O paciente exercia a profissão de marceneiro, era muito trabalhador, correndo o boato de que o mesmo tinha a importancia de algumas economias, orçando em alguns contos de réis, enterrada.

Era um typo excentrico, por demais solitario e reconcentrado, nutrindo completa indifferença pelo sexo opposto.

De constituição fraca, estava muito esmagrecido, cadaverico.

Com os informes prestados, crêmos ter cumprido o nosso dever profissional, trazendo a esta illustrada corporação o nosso pequeno contingente para a completa historia de um dos mais curiosos casos clinicos, até então observados.

Considerações sobre dois casos recentes de Syndrome de Collet

Acerca das syndromes paralyticas dos nervos craneanos, cursados pela base do craneo, no tocante aos quatro ultimos pares: o glosso-pharingeu, o pneumogastrico, o espinhal e o grande hypoglosso—por mercê das suas visinhas e intimas relações, ao nivel do orificio dilacerado posterior e do condyliano anterior, têm-se publicado, n'estes 3 ultimos annos, na Europa, memorias e observações por lesões dos referidos nervos, decorrentes de ferimentos do pescoço e expressas em syndromes hemiplégicas, mais ou menos completas de alguns ou dos quatro apontados nervos.

OBSERVAÇÃO 1.^a

F. S. Ferreira, pardo, solteiro, com 18 annos, preparatoriano, residente ao Tororó n. 22, d'esta cidade—apresentou-se-me em nosso consultorio—queixando-se de engasgo alimentar, para os liquidos, mais incommodo porque, apesar de não ser grande o embaraço em descer a agua, cahia na glotte (*no goto*,) um tanto, provocando-lhe tosse e roquidão; e para os solidos tambem penoso, porquanto havia demora na descida do bôlo alimentar, de modo a ser necessario engulir ou de.

Glutir repetidas vezes o mesmo bôlo, ou beber agua sobre elle—causando-lhe engasgo que ha mezes vinha-lhe incommodando bastante.

Deparei ao examinar a bocca: lingua de bordas asymetricamente expéssas, de elevação dorsal asymetrica, tendo o sulco dorsal desviado, em sua extremidade proximal para a direita lado em que as bordas eram de metade em expessura, comparada com a esquerda.

Para logo, notei o véo do paladar, de uvula volumosa retrahindo-se na emissão do—A—irregularmente, da direita para a esquerda;—portanto hemi-paralysis véo-palatino homologa com a paresia lingual apontada.

Proseguindo o exame da pharynge, verifiquei com maior trabalho,—tal o seu exaltado reflexo, retracção irregular por contracção da musculatura das paredes lateral e posteriôr da meso-pharynge e da pharynge inferior, no mesmo sentido e direcção da uvula retracta, de modo que pude assim observar hemi-paresia da musculatura da pharynge do lado direito, homologa com a lingual e a palatina.

Com certa difficuldade, carecendo mesmo de anestesia local por sol. de cocaina consegui o exame laryngoscopico e encontrei então: paresia da corda vocal direita a qual em menores movimentos que a esquerda, tinha a posição justa-mediana, onde a accção compensadora da corda voccal esquerda, vinha auxiliar e corrigir a funcção voccal, algo

alterada, dando apesar disso, certa dysphonia conhecida já pelo doente pela sua rouquidão.

Possível, só a emissão dos sons graves, e impossível quasi, a dos sons agudos—tornados rouquinhos e incompletos.

• Pesquisada a gustação com o assucar e o sal de eosinha, notei demora de percepção, certo embotamento gustativo.

Hypoestesia maior, nos primeiros contactos para o exame.

• Deante destes symptomas informantes da syndrome d'Avellis, e mais alterações nos territorios innervados pelo glosso-pharyngéu e pelo grande hypoglosso—leveei o meu exame á pesquisa dos territorios innervados pelo ramo externo do vago-espinal ou seja o trapezio e o externo-clido-mastoidéu do mesmo lado.

• Mesmo sob as vestes, notava-se differença do nivel dos hombros, era-lhe mais baixo o direito.

• Despido o tronco, verifiquei claramente o que tinha lorigado, isto é hemi-paresia e maior hemi-atrophia do esterno-clido-mastoidéu, do trapezio e da musculatura convizinha, direitas—por isso que o doente, além da projecção clavicular direita, da escavação maior da fossa super-clavicular direita, em repouso ou em elevação dos braços,—do menor relêvo das massas musculares d'este lado e mais ainda do franco descabimento d'esta espadua direita, do desvio externo da borda espinal da omoplata direita, comparada com a esquerda, do can-

saço precoce ao esforço, da menor abducção que a do braço esquerdo,—além de todos estes signaes, pude mais observar hemi-atrophia de toda musculatura thoracica direita posterior e anterior, bem assim da musculatura do pescoço no mesmo lado e do hombro que respondem pela menor força muscular relativa aquella do braço esquerdo.

Deante de todos estes signaes não me arreecei de firmar o diagnostico de syndrome (hemiplegica) de Collet, onde as atrophias musculares accentuadas são não só nos musculos innervados pelo ramo externo do vago espinhal, como tambem notaveis em outros musculos adjacentes e subjacentes homologos.

E por tudo isto, antes de começar um tratamento racional por injeccões, applicações de correntes galvanicas, mister fazia-se do exame do sangue, afora o mais, precedidos de photographias das diversas partes doentes, o que, promettido pelo doente, e seu pae, não foi entretanto cumprido.

De modo que, depois de consultar-me por 4 vezes, foi medicado com nevrosthénicos e especificos anti-syphiliticos *per os*, achou-se melhor da deglutição pelo que, tão somente, procurava se medicar — não mais voltando ao serviço da Clinica Oto-Rhino-Laryngologica.

Razão porque poucos informes, minimas referencias faço acerca desse caso, sem poder telo presente, nem as suas photographias.

OBSERVAÇÃO 2.^a

B. Borges de Barros, pardo, solteiro, com 34 annos, bahiano, residente aos Barris. Internado em 18 de Janeiro de 1919 neste Hospital, occupou o leito 22 da Enfermaria S. Vicente á cargo do Professor Clementino Fraga—por intermedio do qual, tive oportunidade de examinar e tratar o referido doente, cuja observação vou referir, chrismada pelo mesmo distincto Professor Fraga, de caso interessante e digno de comunicação a esta respeitavel Sociedade Medica dos Hospitaes.

Antecedentes morbidos.—Recorda-se ter tido aos 13 annos e depois aos 15 de idade, congestão, sendo que a 2.^a vez teve por 2 dias desvio da bocca.

Aos 23 annos teve protosyphiloma, syphilides maculares, adenite inguinal supurada, gonorrhéa, permanecendo, ainda hoje o endurecimento do sulco balanico do lado esquerdo, até junto ao freio que repetidas vezes tem-se ulcerado. Informa que ha cerca de 18 mezes foi acommottido de forte rheumatismo geral, tendo mais intensa a arthrite do joelho direito pelo que submetteu-se ao tratamento por injecções de mercurio em numero de 6 e muito iodureto de potassio obtendo melhoras.

Informa ainda que, de ha 3 mezes, começou por sentir rouquidão, falta de paladar, falta de tacto do lado direito da lingua e refere mais, que ha cerca de 2 mezes vem engasgando-se com os ali-

mentos e as vezes com suffocação por estes cahirem na glotte.

Notando certa difficuldade em pronunciar as palavras, em mastigar os alimentos, os quaes retira com o dedo dos sulcos gengivaes, assim como impossibilidade de cuspir, tanto que a saliva tira da bocca com o lenço, bem jassim difficuldade para assobiar.

Antecedentes familiaes.—Mãe sadia, havendo tido 11 filhos dos quaes falleceram 6; sendo o referido doente, o ultimo nascido dos 5 existentes.

Pae portador de hemiplegia esquerda que durou 12 annos, falleceu de congestão cerebral

Tio paterno vivo e hemiplegico.

Inspecção geral: do aspecto, da facies e da marcha.—Macilento, magrizel, de pelle amarellida, tendo 1m,80 de altura, tinha expressão fisionomica de soffrimento, pela qual o doente informa não sentir dores, porém confusão com tonticé por vezes.

Notava-se na bocca, desvio das commissuras, cuja asymetria, certificava hemiparalysisia direita do orbicular dos labios e do buccinador, direitos, innervados pelo ramo *cervico-facial* do nervo facial direito e tornava augmentado o desvio para a esquerda quando promovia assoviar, rir ou bocejar.

Sentado o doente, via-se-o de coxas abertas e pernas extensas, quando os pés no sólo; mais vezes tinha os pés na borda do movel, no plano do

assento, as pernas flectidas sob as coxas, á guiza de cocoras.

Levantado, de pé, não tinha Romberg. Em marcha ocillava o tronco, abria as pernas augmentando a base de sustentação jogando as pernas e os pés; dando um typo de marcha, algo escarvante, mas no conjuncto a semelhar a ataxo-cerebellar.

Ademais referente a marcha, extranhei andar sempre descalço o observado. Era, em vista de não manter nos pés os chinellos, desde os primeiros passos de marcha—quando erão atirados distantes.

Pelo exame dos reflexos cutaneos, tendinosos e da marcha, praticado, a meu pedido pelo Dr. Vidal da Cunha Assistente de Clinica Psychiatrica, foi verificado:—R. cutaneos: Plantar, normal; Rosbach, accentuadissimo; Babinski, ausente; Cremasterianos, normaes.

R. tendinosos: Rotuliano ou patelar, diminuido de ambos os lados; Schæfer, ausente; Clonus dos pés, não tem. Marcha: sem caracterisação perfeita; é um pouco atypica.

Exame da bocca e da cavidade buccal. Tal qual informei fallando de sua facies, a assymetria das commissuras, cujo maior desvio era notavel no rizo, no assobio, na succão, na emissão da vogal—u— de realisações incompletas e difficeis, perturbações funcioaes estas, notaveis tambem na pronunçiação das consoantes b, m, p.

Impossivel outrotanto era-lhe o cuspir, de modo

que, a todo instante, levava ao interior da bocca um panno afim de retirar a saliva.

Sua lingua de elevação dorsal, irregular, de aspecto geographico, tendo toda a borda direita adelgada, o sulco mediano incurvado com accentuado desvio da extremidade proximal para o lado direito, e de concavidade para este mesmo lado, (como se vê na photographia); pezar de informar só hemiparalysis e hemiatrophia direitas, não tinha movimentos de lateralidade, absolutamente não se elevava do assoalho da bocca, mal chegava sua ponta a 1|2 centimetro da arcada dentaria inferior, com geral esforço e especial do protractor esquerdo, o musculo genio-glosso, cuja contracção accentua a referida incurvação do sulco mediano lingual para o lado paralytico.

Verificamos mais por sua informação e visualmente, que os alimentos solidos, erão pessimamente mastigados por falta do concurso da lingua e a todo instante retirados das betesgas gengivæes inferiores, mais vezes da direita, com os dedos do doente.

Do que depreheende-se, paralyisia quasi completa da lingua e completa hemiparalysis e hemiatrophia direitas da mesma, homologas com a paralyisia orbicular (dos labios) direita.

Estas paralyisias, respondem pela sua má pronunciação ou dysarthria dando-lhe a falla engrolada, o caracteristico de mal articulada e incomprehensivel; do mesmo modo que, responde a

paralysia lingual, por parte de sua pessima deglutição ou dysphagia.

Examinada a sensibilidade gustativa notei, ao 1.º exame, franca alteração na extremidade anterior direita lingual. Ao contacto do sal de cosinha, o doente informou sentir o gosto do assucar; a metade anterior esquerda e a base da lingua dos dois lados, ao contacto do assucar, do sal e da solução de nitrato de prata, o paciente percebeu, com notavel demora, exacta gustação.

Examinando o véo palatino, de aspecto e situação normaes, em repouse, notei ao ser emitida a vogal — a — desvio da uvula para o lado esquerdo pela contracção asymetrica do mesmo véo — o que assegura hemiparalysia direita: velo palatina.

Examinando a parede posterior da pharynge média e da inferior, verifiquei contracção asymetrica de sua musculatura, da direita para a esquerda — pelo que lhe asseguro paralysia accentuada dos constrictores da pharynge do lado direito, por cuja hemi-paralysia, corre a difficuldade em deglutir e engasgo já mencionados, bem assim a ausencia completa do reflexo nauseoso.

Examinando com a laryngoscopia indirecta, a larynge e todas as partes convisinhas, verifiquei ausencia do reflexo laryngeu, alargamento do seio pyriforme direito, o conducto trachéal até o 2.º anel cartilaginoso e paralysia da metade do larynge ou hemiparalysia direita das cordas voccaes, mais

accentuada da verdadeira que da falsa corda voccal direita.

Na respiração como na emissão do som, a corda voccal direita verdadeira, portava-se na posição intermediaria ou juxta-mediana e recebia sua borda, na emissão da voz, o auxilio da corda voccal esquerda, cuja acção compensadora explicava, o não ser maior, a sua dysphonia.

Examinando o olfacto, a audição e a visão, achei normaes.

Verificada como vimos as hemi-paralysias, labio-glosso-palato-pharingo-laryngéa, occorreu-me estar deante um caso de paralytia progressiva, labio-glosso-laryngéa ou de Duchenne.

Para logo, sobre-púz a esta lembrança, pelo facto de serem as hemiplegias homologas, a retentiva da syndrome topographica de certos nervos de pares craneanos.

E então procurei despir o doente na parte thoracica e notei maior escavação super e sub-clavicular direitas em confronto com as do lado esquerdo, um pouco de abaixamento da omoplata direita e desvio áfora da linha mediana, cansaço do braço direito á mais curta elevação (dos braços) e abducção, diminuição de volume e flacidez dos musculos trapezio e esterno-cleido-mastodeu; algo de atrophia muscular destes musculos, roborada pela informação do doente, que de ha 1 anno, vem sentindo menor força e cansaço do braço direito — pelo que constatei hemi-paresia e hemi-atrophia do trapezio e

externo-cleido, direitos, innervados pelo ramo externo do vago-espinhal; hemiplegias estas, quando homologas, como neste caso, com hemiplegias vélo-palatinas, laryngéas e glosso-pharyngéa, constituem as syndromes de Schmith, de Jackson, de Collet, etc.

Todavia, a paralysis semelhante ás do ramo cervico-facial direito, tal é a do orbicular direito dos labios, o resultado referido, do exame dos reflexos cutaneos, tendinosos, da apontada marcha e os seus antecedentes pessoaes, no tocante ás duas congestões cerebraes mencionadas e a certa falta de ar, que por vezes accusava, pezar do exame cardiaco e pulmonar nada revelarem fez-me procurar esclarecimentos acerca das syndromes bulbares e bulbo-protuberanciaes — afóra o mais da ordem das paralysisas progressivas de Duchenne e Trousseau ou labio-glosso-laryngéas, que são outrotanto syndrome, da esclerose amyotrophica, da esclerose em placas, da atrophia muscular progressiva, da myasthenia grave pseudo-paralytica, da syndrome de Erb-Goldflann ou paralysisa bulbar asthenica, da *paralysisa pseudo bullar*, de aneurismas basilares, de tumores bulbo-protuberanciaes, assim por diante, em qualquer das quaes, estes symptomas paralyticos, deveriam ser *bilateriaes, symetricos systematisados* ou alternos.

E neste caso ter-me-ia feito procurar signaes como o auscultavel de Gerhardt, o electrico de Jolly, o

ophthalmoscopico, os subjectivos de compressão encephalica e os symptomas decorrentes das perturbações respiratorias e cardiacas, que costumam cothear aquella syndrome labio-glosso-laryngéa, quando pertinente ás supra referidas molestias.

Creio não carecemos procurar muito nos méandros da nosographia nervosa, á tanto me norteia a unilateralidade das paralyrias, totalmente homologas das nossas observações—para certificar que estas lesões nucleo-bulbares,—segundo alguns, ou tronculares, conforme trabalhos recentes, assediam, processam-se em nervos craneanos homologos, dos quatro ultimos pares.

Entretanto, como o nosso 2.º observado, era tambem portador das referidas hemiplegias, facial e laryngéa, faz de alguma sorte suppôr, assim repito, que se trate de um caso de syndrome de Duchenne (1), pelo que julguei conveniente fundar marcos divisorios, consoantes as laryngoplegias centraes e tronculares ou periphericas, entre as pertinentes á paralyria progressiva de Duchenne e ás syndromes topographicas (2) dos 4 ultimos pares ntaneanos.

Emquanto á paralyria progressiva da lingua, do orbicular dos labios e vélo-palatina, tal como em 1860, dizia Duchenne e vê-se nos Archivos Geraes

(1) Na qual, a paralyria facial, é constante e a laryngéa é furtuita.

(2) Nas quaes, a paralyria facial, não faz parte e a laryngéa é constante.

de Medicina—era limitada a cavidade buccal e pharyngéa onde as perturbações de phonação, de ordem mechanica deixam a larynge indemne; emquanto a Trousseau, em 1856, cujas lições estenographadas e publicadas na *Gazeta dos Hospitaes*, attribuem a denominação de paralytia glosso-labio-pharyngéa—onde a paralytia do larynge era apenas complicação accidental—vezes observada e mais vezes auzente ou pouco accentuada, conforme o maior numero de observações publicadas por Bonnefoy, por Cartaz em 1888, Krishaber em 1872, Doering em 1891, Raymond em 1896, M. Collet em 1897, Delobel em 1905, Castelberry em 1909, Romer em 1911, Lannois et Charvet, na these de Charvet e nos Annaes de molestias dos ouvidos, nariz, etc., em 1913, e afinal nos Annaes da Polyclinica Geral do Rio, em Dezembro de 1918 pelo Dr. Raul David Sanson; emquanto finalmente espera-se por vindouras observações, accentuar o já verificado; que as laryngoplegias na paralytia progressiva labio-glosso-laryngéa, são accidentaes—nós com os dados colhidos de todas as observações, não o negamos e verificamos que, as paralytias vélo palatinas, informão ao laryngologista, algo sobre as cordas voccaes, salvo nos casos de diphteria proxima ou na syndrome de Tapia, e na 1.^a observação do Dr. Raul D. Sanson.

As paresias e paralytias vélo-palatinas, repito,

Informação homologas e analogas perturbações da motilidade laryngéa.

Doutro modo, seria impossível boa explicação, conhecidas pois, as relações anatomicas do pneumogastrico e do espinhal no ganglio plexiforme da base, ao nivel do buraco rasgado posterior e em o nucleo ambiguo do vago espinhal, (Dejerine et Quercy.) donde decorrem as dependencias funcionaes de motilidade para o véo palatino e o larynge, a ponto de ser de ha muito identificada a syndrome hemiplegica vélo-palatina e laryngéa, homologa ou syndrome d'Avellis, assim chamada por Lermoyez em 1898, quando este Professor provou a ausencia de intervenção do nervo facial na constituição da referida syndrome.

Não quero com isso afirmar que todas as paralyrias laryngéas, que succedem apparecer no decurso da syndrome paralytica progressiva labio-glosso-laryngéa, tenham sempre homologa paralyria vélo-palatina, pois se tem visto aquellas laryngoplegias bilateraes assim não padeçam os mesmos sitios anatomicos, das lesões que processam a syndrome d'Avellis—precipuo e exactamente porque diversas observações de esclerose em placas, de atrophia muscular progressiva, cortejada de syndrome de Duchenne e Trousseau (permittam-me néologo) não se acompanham de paralyria do véo-palatino, embora em algumas observações, tenha se verificado paresia vélo-palatina ou perturbação, só funcional do véo. movel.

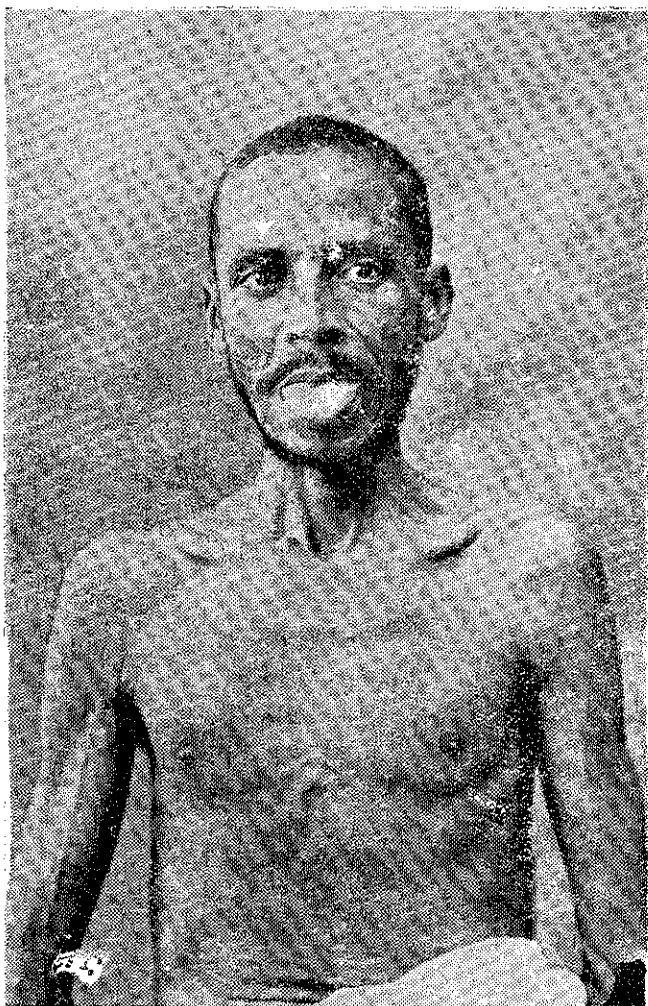
como seja a saída nasal de líquidos, havendo tão somente—paralysis laryngéa.

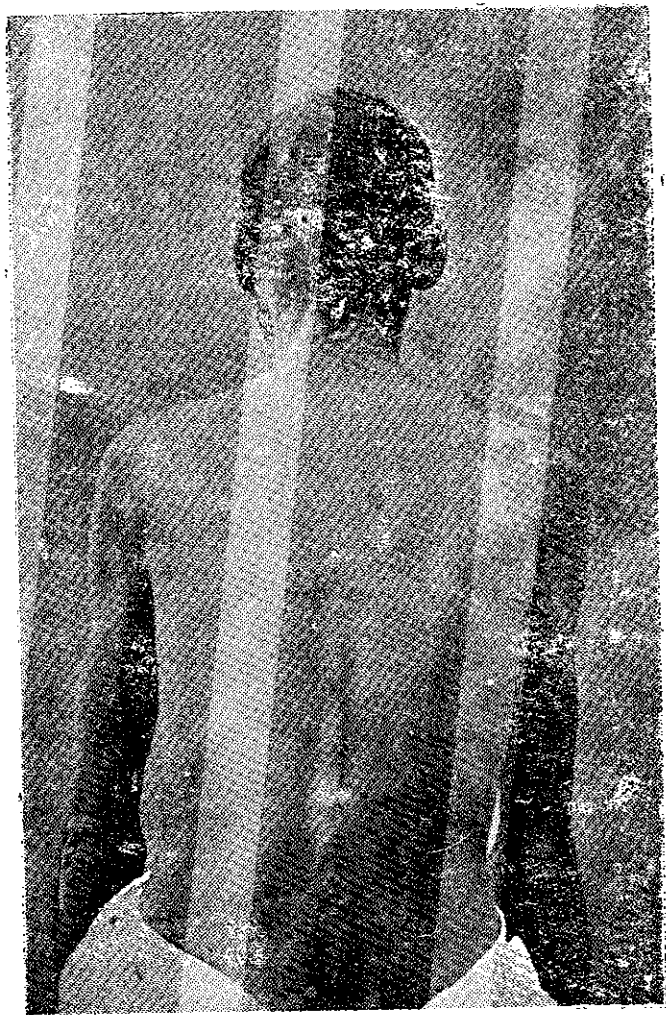
Paralysias laryngéas estas, só dos musculos abductores a mais grave e asphyxica, que objectiva a lethaldade na molestia de Duchenne e Trousseau, só dos adductores, a mais aphonica, assim a dos tensores, bem assim a hemi ou diplegia total. Destas duas ultimas a 1.^a é frequente, e a 2.^a rarissima, tal é a paralysis para todos os musculos laryngéos bilateraes; e que tem sido em numero inferior ao das observações de syndrome e molestia de Duchenne e Trousseau.

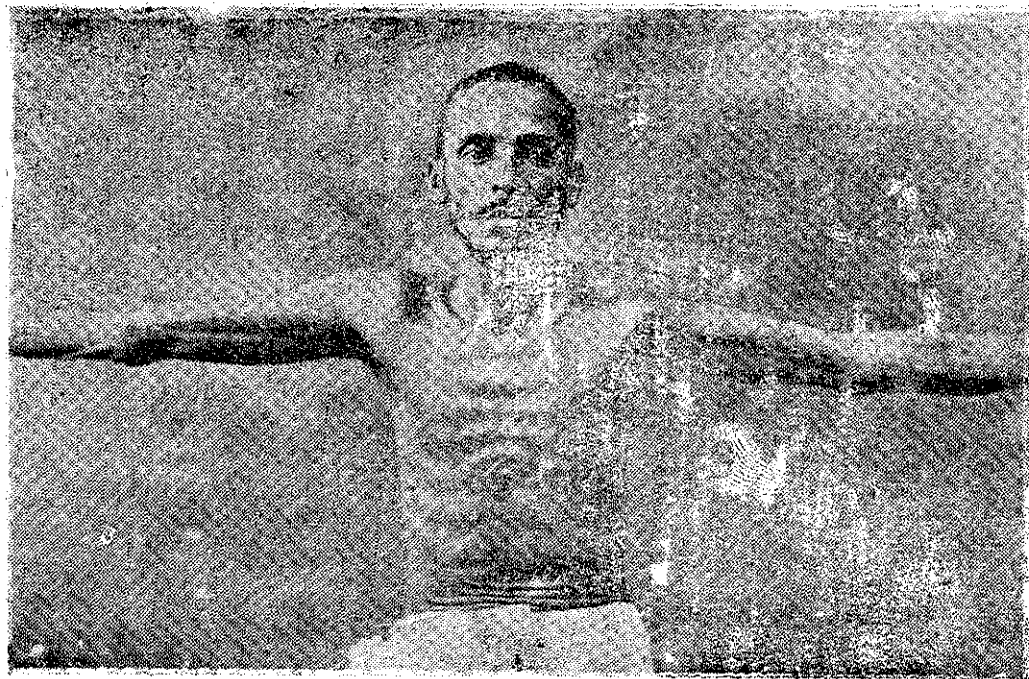
Do que refiro, a proposito das laryngoplegias nas syndromes labio-glosso-laryngéas no que toca á inconstancia de sua existencia ao atypico de sua fórma parética só, ou paralytica, verificado em multiplos exames e em 26 observações de diversos auctores, quatro das quaes publicadas na These de Charvet (Lyon 1912) e depois por Lannois e Charvet nos Annaes de Molestias da orelha, nariz, etc., (de 1913) cujo trabalho, (1) excellente na fórma das considerações e no assumpto—vem em grande parte transcrito—pelo Dr. Raul David Sanson, (2) nos Annaes da Polyclinica do Rio (de Dezembro de 1918 com duas

(1) Sob o titulo: "Do estado do larynge na paralysis labio-glosso-larygea."

(2) Traduzido pelo mesmo sob o titulo "Estudo critico das paralysias glosso-labio-laryngéas, onde cita Chavret; é porém Charvet."









observações; collige-se que o apparecimento das perturbações da deglutição, da pronunciação das palavras e da phonação podem existir alheias, ou antes das perturbações laryngéas.

Sendo quasi sempre tardio o apparecimento de signaes laryngeus na quasi totalidade dos casos e inexistentes ou posteriores aos de paralysis da lingua, dos labios e do véo—procurei deste modo firmar mais um marco de differenciação entre as paralysis laryngéas da syndrome de Duchenne e aquellas da syndrome d'Avellis, de Schmith de Jackson, de Collet, mesmo nas complicados de hemiplegia alterna, isto é do lado opposto do corpo, citado nos Annaes da Polyclinica do Rio de 1916 pelos Drs. Aloysio Castro e Meira Gama—onde as perturbações loryngéas, evoluem e cor-tejam sempre as do véo palatino, simultanea e homologamente, como nos casos de nossas obser-vações.

A proposito de casos de syndrome de Jackson, encontramos somente dois trabalhos indigenas. Um nos Annaes da Polyclinica Geral do Rio de 1916 acerca de uma observação minudente e illustradissimamente apresentada, no tocante á bibliographia apontada e ao bem discernir, pelos Drs. Professor Aloysio de Castro e Meira Gama.

Outro, tambem de syndrome de Jackson, cuja observação concisa, minudente e provectoramente descripta pelos Professores Clementino Fraga e Eduardo de Moraes, vem consubstanciar e o melhor

didacticamente expresssa no Magistral livro "Clínica Médica" (de 1918), pelo seu auctor, o Professor Clementino Fraga; acompanhando-se de photographias elucidativas.

Alóra os referidos trabalhos indigenas, que eu saiba, publicados — vem o de Collet (em 1915) com o titulo: Um novo typo de hemiplegia glosso-laryngo-escapulo-pharyngéa nos Annaes de molestias das orelhas, larynge, etc.; o de Vernet (em 1916) em These á Escola de Lyon e no Paris Medical (em 1917) com o titulo "Le syndrome de trou déchiné postérieur."

E o mais recente, no "Paris Medical", de Janeiro de 1918, é de referencia a uma observação de hemiplegia dos ultimos nervos de pares craneanos — apresentada pelo Dr. Henri Alofn, sob o titulo: "Um novo caso de syndrome do buraco rasgado posterior." Onde vem mencionado trabalho recente de Vernet, respeito a lesões homologas nos departamentos do espinhal (ramo interno e externo) e do glosso-pharyngéu, cuja syndrome tem o seu nome: syndrome de Vernet e que equivale a syndrome de Jackson ausente a hemiparalysis lingual.

E mais considerações acerca da syndrome de Collet, já referida nos excellentes trabalhos dos Professores Aloysio de Castro e Clementino Fraga, cujas observações em vista de terem sido feitas, outrotanto em estudos de Sicard e de Villaret (em 1917) vêm com os nomes de: syndrome de paralysis do vago-espinhal, do glosso-pharyngéu e do

grande hypo-glosso ou *de syndrome de Collet—Sicard et Villaret—ou de syndrome hemiplegica total dos 4 nervos, dos ultimos pares craneanos e enfim de syndrome de orificio rasgado posterior e do condiliano anterior.*

Referente ao caso da nossa 2.^a observação podemos chamar de: hemiplegia labio-glosso-palato-láryngo scapulo-pharyngéa homologa, complicada de ataxia dos membros inferiores ou então de syndrome de Collet, Sicard e Villaret, complicada de hemiparalysis homologa do facial inferior de origem central ou supra-nuclear e de ataxia dos membros inferiores.

Do quanto vem dito a respeito do assumpto d'estas syndromes topographicas importantes, o melhor modo de descrever-as, o dizer mais claro e didactico, é o do Professor Clementino Fraga, em sua Clinica Médica, donde com permissão, cito *ipsis litteris*, o que ides ouvir. “As alterações que elegem a innervação da musculatura do larynge se manifestam clinicamente por formas diferentes, consoante o territorio lesado—quer se trate de uma localisação directa, quer de uma perturbação á distancia, como nas paralyrias recurrencias consecutivas á compressão pelas ectasias da crossa da aorta ou tumores do mediastino ou ainda em região sobreposta ao larynge, como no caso que vamos fallar.

“Na 1.^a hypothese o que geralmente se verifica é uma hemiplegia laryngéa isolada,—no 2.^o caso a

*lesão do tronco nervoso ou a sua compressão de-
 *termina perturbações na musculatura de outras
 *regiões, podendo mesmo attingir os nervos con-
 *vizinhos, do que resulta a associação das paraly-
 *sias d'estes ou d'aquelles grupos musculares, cons-
 *tituindo, de accordo com esta distribuição, diffe-
 *rentes syndromes paralyticas.

“Uma lesão do vago-espinhal a igual passo de
 *ceras affecções cerebro-espinhaes—pôde deter-
 *minar uma paralytia homologa do larynge e do
 *véo do paladar, constituindo o que em clinica
 *se conhece pelo nome de *syndrome d'Avellis*—
 *traduzida por *hemiplegia laryngéa* e *hemiple-
 gia vélo-palatina.

“Quando simultaneamente com a lesão do vago-
 *espinhal ocorre o compromettimento do ramo ex-
 *terno do espinhal, que innerva os musculos externo-
 *clido mastoidéu e trapezio—comprehende-se que
 *se possa encontrar ao lado da hemi-paralytia
 *palato-laryngéa a paralytia homologa desses dois
 *musculos, constituindo a chamada *syndrome de
 Schmith manifestada por *syndrome d'Avellis* e
 **hemi-plegia escapular*.”

“Admittindo-se que a mesma lesão possa inté-
 *ressar o vago espinhal, para cima ou para baixo
 *do ganglio plexiforme—o nervo grande hypo-glossa,
 *teremos que a paralytia attinge o larynge, a me-
 *tade correspondente do véo do paladar, os mus-
 *culos externo-clido-mastoidéu, o trapezio e a me-
 *tade da lingua—phenomenos estes representativos

do *syndrome de Jackson*—manifestada por *syndrome de Schmith* com paralytia homologa da lingua.

Ultimamente mais uma associaçao foi encontrada na qual entravam além dos nervos já referidos o glosso-pharyngeu, resultandó uma lesão sobre os quatro ultimos pares craneanos—sentada objectivamente na paralytia dos musculos constrictores da pharynx do lado correspondente e na perda das funcções gustativas—além dos phenomenos de Jackson. Esta observação publicada por Collet em 1915 (*Annales de maladies de l'oreille et du larynx, etc.*) Valeu pela creação de uma nova syndrome a *syndrome de Collet*—representada pela *syndrome de Jackson e paralytia do glosso-pharyngeu*.

Tracejado quanto possivel nos limites contingentes das observações apresentadas, no geral e no tocante a symptomatologia e ao diagnostico, resta-me participar os signaes colhidos subsidiaria e proficuamente pelos exames cytologicos e de Wassermann no liquido cephalo-raquiano e no soro sanguineo, feitos pelo distincto Professor Agrippino Barbosa.

Na primeira decada do tratamento do doente da 2.ª observação, pratiquei duas rachicentezes.

Ao mesmo tempo que fiz a 2.ª punção lombar—retirei sangue venoso e remetti os captados em tubos esterilizados, ao Dr. Agrippino, pedindo-lhe os exames acima referidos, cujos resultados soro-

diagnostico foram; Wassermann francamente positivo no sangue e negativo no liquido C. raquiano. (Exame) cyto-diagnostico: 21 leucocytos em 8 campos da cellula de Nageotte ou sejam 2, 10 por mm.³. Normal; 3 lymphocytos por mm.³. Albumina 2 divisões do tubo de Viisen. Normal até 2 1/2 divisões: Do resultado referido em confronto com os antecedentes familiares e morbidos do doente, certifiquei a natureza da sua affecção.

Assim o diagnostico firmado, continuei o tratamento—dando quatro injecções de Néosalvarsan em dois mezes e cerca de trinta injecções entre as de oxycyanureto de mercurio e de biodureto—além de medicação *per-os* tonica, estimulante e nas ultimas semanas de iodureto de potassio em media dóse diaria (1 a 1 1/2 gramma.)

Asim como, carecendo nos primeiros 25 dias, realisar sua alimentação pela sonda esophagiana, tal a dysphagia quasi absoluta e as repetidas crises de suffocação, divido á quédia de alimentos no larynge, pratiquei francos e faceis catheterismos.

Notavel e curioso era o facto por mim observado, de promover com este catheterismo, rapido, pela ausencia absoluta de reflexo e provavel paralysis da musculatura do esophago, além da hemiplegia da pharynge relatada, curioso pois, era, poder o mesmo dysphagico, deglutir melhormente, todo o resto do dia, outros alimentos.

Melhorava o 2.º observado. Já alimentando-se sem sonda e podendo engulir alimentos mais consis-

tentes—pelo que julgando-se capaz, de poder comer—como referiu, “desejava sahir para se fortalecer.”

Melhor na marcha, na deglutição, apesar dos meus conselhos repetidos para se demorar mais n'este Hospital, afim de livrar-se de uma peiora certa por achar incompleto o seu tratamento insistiu em pedir alta—e dei-lh'a.

Quanto á diagnose anatomo-topographica ou de sede lesional, merece o caso da observação 2.^a, especial referencia, por isso que sendo admittidas, tão só tronculares, ao nivel do orificio dilacerado posterior e condiliano anterior—as lesões nervosas que identificam a syndrome de Collet—accesce neste caso o cortejo da paralyisia homologa do ramo inferior do facial de origem central, supra-nucléar e de perturbações da marcha, jamais deste modo apontadas.

E se ao contrario sendo no momento arguidas ou *ad futuram* certificaveis, por necropse, lesões centraes—identicas as da *paralyisia pseudo-bulbar* ou aquellas da paralyisia progressiva de Duchenne primitiva para alguns e sempre secundaria para mór parte—reafirmo ainda, de certa raridade para merecer especial menção, o caso d'esta 2.^a observação—porquanto são sempre bilateraes ou alternas, como já referi no curso d'esta exposição, as lesões centraes, o que a maioria de observações e de auctores affirmam.

Sociedade Médica dos Hospitales

Sessão de 15 de Junho de 1919

Presidente—Dr. Alfredo Magalhães.—Secretarios—Drs.
Caetano Brasil e Theophilo Falcão

Expediente:

O Snr. Presidente apresenta á Sociedade os Drs. Marques da Cunha e Olympio da Fonseca, do Instituto Oswaldo Cruz, convidando-os a fazer parte da mesa. O prof. Fraga propõe que os mesmos sejam aclamados socios correspondentes no Rio de Janeiro.

O Prof. Magalhães oferece trabalhos seus á Sociedade; é lido um officio da Saude Publica de S. Paulo, pedindo o resumo de alguns trabalhos da Sociedade e o prof. Torres apresenta um voto de pesar pela morte do prof. Carneiro de Campos.

Ordem do dia: Communicações.

DR. LYDIO DE MESQUITA—*Caso raro de kisto colossal da glandula de Bartholin.*

Em Novembro de 1918, foi internada na enfermaria de Santa Martha, no serviço de cirurgia do Dr. Lydio, M. M. J., mestiça de 48 annos, casada, residente no sul d'este Estado, soffrendo de um tumor volumoso que ha 4 annos appareceu-lhe nas partes genitaeas, do tamanho de uma azeitona, sem dores locais nem inflammacão, crescendo lenta-

mente. De 1917 em diante veio ao desenvolvimento actual, causando-lhe grande encommodo, não permitindo sentar-se nem locomover-se.

Su s regras appareceram-lhe nos 12 annos, bem e regulares, teve sempre boa saude, 15 fillos a termo, partos noirmaes, sem accidentes, não contrahiu syphiles nem molestias venericas; teve ha muitos annos febres palustres e variola.

Verificou este tumor depois de viagens frequentes a cavallo, que a encommodou bastante por não ter o habito da equitação.

Pelo nosso exame reconhecemos a existencia de um tumor vulvar, direito, indolente á pressão, impedindo pelo seu grande desenvolvimento a passagem do canudo de um irrigador vaginal, apresentando a singular configuração de uma cabeça fetal a termo, ao nascer em apresentação occipito-sacra.

A negativa de uma causa infecciosa vulvo vaginal, a ausencia de dores e phenomenos inflammatorios durante o longo periodo do desenvolvimento, a falta da mancha do sangue ou qualquer erosão no orificio do canal excretor, indicando uma infecção pre-existente; nos levou a pensar tratar-se de um kysto bartholinico produzido por uma obliteração inflammatoria do canal excretor, de origem traumatica, raro pela circumstancia que o determinou, carecendo uma intervenção chirurgica, delicada, integral, para á elucidação e alivio da paciente.

Sabeis pelas disposições anatomo topographicas que as glandulas de Bartholin, em numero de duas e lateraes, se acham situadas na loja perineal inferior, entre as aponevroses perineal inferior e média; que as isola da pelle e da escavação pelviana; pequenas na infancia, completam o seu desenvolvimento na puberdade e estado adulto e atrophi-am-se na menopausa e velhice; só predestinadas á funcção sexual. Acham-se em relação anatomica por sua face interna com a vagina, pela externa e anterior com o bolbo da vagira, e o constrictor valvar, pela mesma face e posterior com o bolbo e fibras arqueadas do mesmo constrictor, que sobre ellas repousam directamente, recebe a circulação arterial, da pudenda interna, ramos do nervo pudendo a sahem as circulações venosas e lymphaticas; o bordo superior relaciona-se com o diaphragma uro-genital e o inferior com o bolbo cavernoso e constrictor vulvar; a extremidade anterior prolonga-se até a parte média da entrada vaginal; o canal excretor vem da face vaginal da glandula ao sulco de separação do pequeno labio do hymen ou seus destroços e ahí tem a sahida por pequeno orificio.

Em curto esboço, tâes são as relações topographicas das Bartholin, que vemos transformada uma n'um grande tumor hystico e que no seu maior desenvolvimento tem apenas um e meio centimetros e peza 4 a 5 grammas. São do typo das glandulas em cacho, compostas de lobulos e

acini secretores, seios e canaes excretores medios e communs, um stroma conjunctivo, e teem a constituição homologa ás de Mery-Cowper, no homem.

Os acini secretores possuem epithelio cylindrico ou pyramidal; os seios epithelio cubico; os canaes secretores medios epithelio cylindrico em uma só camada; o excretor commum varias camadas de epithelio prismatico, superpostas, transformadas em pavimento stractificado na porção externa. A camada epithelial repousa em membrana propria e apresenta fibras lisas na face externa. Estes elementos glandulares se acham disseminados n'um stroma conjunctivo, que se continúa na peripheria com o tecido cellular da vis anhaça, onde existem fibras estriadas oriundas do constrictor vulvar.

A secreção da glandula é alva ou opalina.

Summariamente, são estes os dados histologicos que carecemos conhecer para elucidação do caso.

Dous dias após ao nosso exame clinico foi praticada a intervenção, sob o chloroformio.

Auxiliado pelo Dr. Martins, consegui a extirpação da glandula kystica, completamente translucida, do volume de uma cabeça latã a termo, irregularmente alongada, deixando ver os pontos vasculares na face externa.

Este enorme sacco kystico se nos afigura o stroma conjunctivo da glandula dilatada em uma

só cavidade, onde nos parece não mais existir toda camada epithelial excretora, comprimida pelo liquido secretado pelo elemento acinoso e sem sahida.

Nas bartholinites agudas ou chronicas kysticas, o elemento infeccioso em marcha invasora destróe a glandula e seus acinis secretantes, e as lesões paranchymatosas restantes são bem diferentes das do nosso caso, o liquido é purulento ou turvo.

Em conclusão: a origem infecciosa gonoceocica ou não, pôde determinar bartholinites agudas ou chronicas, com dilatações kysticas feitas pela marcha infecciosa nos elementos glandulares e sua completa destruição; a producção liquida é purulenta ou turva, e até sanguinea, pela mortificação dos elementos glandulares e polynucleares existentes. São os casos communs nos nossos serviços de gynecologia.

A inflamação obliterante do canal excretor por uma causa traumatica pôde dar-se; não podemos excluir esse factor etiologico que se nos afigura ser o do nosso caso: o elemento acinoso secretante não foi infeccionado, ou não nos parece ter sido, pelos dados colhidos nesta observação; podendo funcionar normalmente até que a pressão interna da sua collossal producção, sem sahida, tenha destruido todo o epithelio excretor, produzindo dilatação da ramificação grandular e do stroma resistente até a morte sequente pela pressão do proprio

elemento acinoso secretante. O liquido kystico, neste caso que observamos é hyalino, transparente, jamais purulento; o stroma mostra-se resistente e translucido.

A nossa apresentação nos força a estas considerações e á pesquisa pathologica microscopica, da peça que vos offereço, poderá melhor esclarecer.

A nossa intervenção cirurgica teve exito feliz; a grande cavidade restante ficou completamente obliterada perprimam, em 15 dias deixou a nossa paciente este hospital, completamente restabelecida.

Em additamento a esta nossa observação clinica, transcrevemos com satisfação a importante comunicação que o Prof. M. Dartigues fez á Sociedade dos Cirurgiões de Paris, na sessão da mesma de 16 de Junho de 1911, sobre um caso identico ao nosso, limitando-se apenas ao grau de volume, suas connexões e delicada extirpação integral.

Diz o illustre cirurgião: "Extirpei este kysto em uma mulher de 40 annos, que não teve partos, nem signaes gonococcicos apreciaveis no seu passado; o kysto tinha 6 a 7 annos que se manifestara. Não determinava dôres, porém grande máu estar, particularmente nestes ultimos tempos para sentar se, tornando-se ao mesmo tempo um obstaculo ao coito. Este kysto tinha o volume de uma laranja grande e era bilobado; um dos lobulos occupava a extremidade inferior e a profundeza do grande labio esquerdo, adherindo ao corpo cavernoso es-

querdo, invadindo o cavado ischio-rectal sobre as partes lateraes da vagina; o outro occupava mais especialmente a furcula vulvar e o orificio vaginal obstruido quasi completamente. O lado interessante desta apresentação, tóra o volume e as connexões deste kysto bartholinico, é que, apesar do adelgaçamento translucido da parede, consegui extrahil-o, como vêdes, sem rompê-lo, graças a uma disseccção das mais cuidadasas."

Lamentamos que o illustre communicante nada tenha dito sobre a causa etiologica desta producção kystica, rara, parecendo nada ter de commum com a infecciosa vulgar, e a sua autorizada opinião contribuiria poderosamente para a elucidação de taes producções morbidas.

Sessão de 6 de Julho de 1919

Presidente—Prof. A. Magalhães; Secretarios—Drs. *Canna
Brasil e Theophilo Falcão*

Ordem do dia:

Comunicações:

I

Prof. GARCEZ FROES—*Sobre um caso raro de corpo estranho que permaneceu cinco mezes no recto do paciente.* (Com apresentação de peça).

Publicada na integra no presente numero.

II

Prof. J. ADEODATO—*A proposito de fistulas vesico-vaginaes.*

Publicada na integra no presente numero.

III

Dr. THEOPHILO FALCÃO—*Um caso de sopro circular de Miguel Couto.* (Apresentação de doente.

Não é para discutir, senhores, nem, tão pouco, para fazer considerações, siquer ligeiras, acerca do caso que vos trago, que, aqui, desta tribuna, eu, hoje, vos dirijo a palavra. Mas, simples e unicamente, para vos apresentar, para vos mostrar *de-visu*, um doente portador de uma raridade clinica—sopro circular de Miguel Couto—que, por obra do acaso, veio ter ao nosso Hospital e occupar, na enfermaria de Clinica Medica, um dos leitos a cargo do Prof. Fraga.

* * *

V. J. S., pardo, solteiro, natural do Estado de Minas, com 44 annos de idade, lavrador, residente ao Cabulla, é o doente que vêdes e que, desde a 2.^a quinzena de Maio, se acha recolhido á enfermaria São Vicente, onde occupa o leito n. 17.

ANAMNÉSE PROXIMA—Interrogado, minuciosa e circumstanciadamente, contou-nos que, em Dezembro do anno findo, teve grippe, que o prendeu ao leito por espaço de 42 dias e em seguida á qual lhe sobre-

veio forte reumatismo, acompanhado de febre alta e muitas dores, que se iniciou na articulação do joelho do lado direito, passando, posteriormente, para a homónyma do lado opposto.

Submetteu-se ao tratamento apropriado e se julgando, de todo, restabelecido, voltou aos seus afazeres. Não ha mais de 3 mezes que começou de sentir fortes palpitações e grande canceira, quando andava e, mui principalmente, quando subia escadas ou ladeiras.

ANAMNÉSE REMOTA—Antecedentes familiares: pae vivo; mãe morta, ha muito tempo; 8 irmãos, dos quaes 7 mortos, não sabendo informar a causa.

Antecedentes pessoas: quando na 2.^a infancia, teve sarampo, coqueluche e variola; ha 9 annos que começou de ter paludismo; affirma e garante nunca ter tido molestias venereas; usava e abusava do alcool.

A' inspecção geral, vimos que tinha ascíte, edema quasi generalizado e, por informação sua, fomos sabedores de que este edema teve por ponto de partida a região malléolar; dansa das arterias do pescoço; batimentos vasculares ao nivel da furcula esternal; ganglio epitrocleano do lado esquerdo bastante ingurgitado.

Apparelho circulatorio—Além do que, rapida e succintamente, já mencionamos, foi-nos dado observar, pela inspecção, desvio da ponta do coração, cujos batimentos, visiveis e facillimamente percebiveis, eram ao nivel do 6.^o espaço intercostal esquerdo.

A percussão confirmou-nos um augmento mais ou menos consideravel da zona de maciszez cardíaca.

A escuta de todos os fôcos revelou: intenso sôpro holosystolico da ponta, analogo ao jacto de vapor, propagando-se para a axilla e audivel em todo o circuito do thorax, em pontos varios do tronco, nas regiões lombar e sacra, ao nivel do pescoço e, até, no *occiput*. Presença do signa de Durosiez.

A' inspecção armada pelos raios X, observamos: coração grandemente augmentado de volume e deitado sobre o diaphragma; dilatação cylindroide da aorta; ligeiro obscurecimento dos pulmões, sobretudo do direito.

O pulso era pequeno e sem anormalidades; 82 pulsações por minuto.

O signal de Cardarelli, pesquisado com insistencia, foi encontrado.

Apparelho respiratorio—Vibrações thoraco-vo-caes augmentadas muito á direita e á esquerda; perda de sonoridade das bases pulmonares. Ausencia completa de symptomas subjectivos.

Apparelhodigestivo—Nada de anormal, a não ser ligeira sub-ictericia.

Apparelho genito-urinario—Em boas condições; o exame de urina, completo, nada digno de nota revelou.

Systema nervoso—Um pouco de exaggero do reflexo rotuliano.

Diagnostico—Portador de uma insuficiência mitral, de prognostico sombrio, com a curiosidade de um sopro de propagação circular, conforme primeiro notou, em sua clinica, o sabio Prof. Miguel Couto, o nosso doente o é tambem de uma aortite, com dilatação cylindroide.

Mais um caso, pois, senhores, a arrolar aos que elle publicou no “Archivo das molestias do coração, sangue e vasos”, de Vaquez, e em suas magnificas “Lições de Clinica Medica”.

Ahi o tendes. Examinai-o.

IV

Prof. AGGRIPINO BARBOSA—*Tratamento da febre amarella.*

Será publicada posteriormente.

V

Prof. CLEMENTINO FRAGA—*Diabetes insipido.*

O Dr. C. Fraga diz que apenas vem notificar á Sociedade um caso de diabetes insipido—o segundo de sua observação pessoal.

Tratando-se de doente que reside no interior do Estado e que veio ao seu consultorio, a pedido do seu eminente collega Prof. Antonio Borja, não pôde ser completa a observação.

Entretanto, insulada a syndrome nos seus phenomenos mais flagrantes, parece dever o caso passar aos archivos da Sociedade.

A doente, M. G. E. S., de 26 annos, branca, solteira, natural deste Estado, não pôde precisar o começo da sua molestia. Nota, entretanto, que, ha cerca de cinco annos, começou a urinar demasiadamente. Ultimamente a media nychteral da sua urina se eleva a 7 litros. Parallelamente á polyuria ha polydipsia, emmagrecimento progressivo, diminuição de forças, exgottamento facil a qualquer trabalho: franca asthenia. Não se modificou o appetite; ha constipação.

Nada de importante quanto á anamnése remota.

Pesa no momento do exame 45 kilogrammas. A exploração clinica dos diversos orgãos e apparatus nada de anormal logrou surprehender, a não ser os phenomenos já referidos na descripção da molestia actual.

O exame da urina, repetido varias vezes verificou sempre a ausencia da glycose. A densidade varia de 1002 a 1005.

No ultimo exame a urina foi recolhida separadamente conforme o seguinte cyclo horario: de 8 ás 12, de 12 ás 16, de 16 ás 20, de 20 ás 4 e de 4 ás 8 horas, e sempre negativa a pesquisa da glycose, por diversos processos, em cada uma das amostras. Reflexos normaes; o somno interrompido pelas micções frequentes.

E' tudo que o exame clinico pode recolher. Bastará para identificar a syndrome? Pensa que sim. Na ordem pathologica dous factos bastam e chegam para sua significação clinica: um positivo—a po-

lyuria constante; outro negativo—a ausencia constante de assucar na urina.

A seguir entra o orador a considerar sobre a pathogenia do diabetes insípido, depois de justificar a tradicional designação. Relembra as theorias classica, renal, nutritiva e nervosa para explicar a syndrome e chega á interpretação actual, baseada nos modernos estudos da pathologia endocrinica, que consideram o diabetes insipido como disturbio hypophysario.

Allude aos estudos de Magnus e Schöffler em 1901, de Schöffler e Herrines em 1906, de von den Velden, de Römer, de Falta e Beco, de Motzfeldt, de Lereboullet, dos quaes resalta a influencia da glandula pituitaria sobre as funcções renaes, e, mais precisamente, do lobo posterior e da *pars intermedia*, produzindo a diminuição da diurese, já comprovada tal acção no diabetes insipido nos doentes de Motzfeldt e em um caso de Lereboullet e Fame-Beaulieu.

Parece que a hypophyse age sobre o rim por intermedio do systema nervoso vegetativo, a julgar pelos trabalhos experimentaes de Hochwart e Fróklích que verificaram a exaltação dos systemas autonomo e sympathico com injeccões de pituitrina.

Foi seu desejo indagar da reacção do systema vegetativo no seu caso, não lhe tendo sido possivel por se tratar de doente não hospitalisado e que só de passagem esteve a seus cuidados.

Empregou, porém, a medicação hypophysaria e della espera o resultado para opportunamente trazer ao conhecimento da douta Sociedade dos Hospitaes.

Sessão de 20 de Julho de 1919

Presidente—Prof. A. Magalhães; Secretarios—Drs. Canna Brasil e Theophilo Falcão

Expediente:

O Prof. Adeodato communica a adhesão do Dr. Galdino Magalhães.

O Prof. C. Fraga propõe um voto de pesar pelo fallecimento, no Rio, do Prof. Diogenes Sampaio.

E' proposto, pelo mesmo, socio correspondente o dr. Barros Barretto que, presente, agradece.

Ordem do dia:

Comunicações:

I

Prof. J. ADEODATO—*A proposito de pyelites gravidicas.*

Na integra, será publicada posteriormente.

II

Dr. OLYMPIO DA FONSECA—Peixes venenosos na Bahia.

Entre os problemas de biologia marinha que mais directamente interessam o medico, parti-

cularmente nos paizes quentes, está o dos peixes normal ou accidentalmente nocivos. Têm sido elles, mesmo entre nós, objecto de pesquisas de autores diversos, merecendo referencias as de *Azurem Furtado e Jayme Silvado*, no Rio de Janeiro, e as de *Diniz Gonçalves* que experimentou, na Bahia. Infelizmente, foram muitas vezes contradictorios os resultados obtidos e inexactas as informações de muitos autores, quer em nosso paiz, quer no estrangeiro. A grande complexidade do problema, ao qual não são extranhas muitas vezes desprezadas, taes como a phase da vida do peixe e a estação do anno em que se realisa a observação; a multiplicidade de especies zoologicas, nem sempre determinadas com exactidão, foram as causas principaes das divergencias de opinião verificadas na litteratura sobre o assumpto. Ha algum tempo vimos nos occupando da questão, montando já a mais de 200 o numero de experiencias que temos praticado para a verificação experimental das propriedades toxicas dos peixes de nossas costas. Resumiremos muito rapidamente o estado actual da questão, antes de entrar a referir as observações novas que fizemos e que constituem a parte essencial desta nota.

E' bastante conhecida a existencia de duas categorias de peixes dotados de propriedades toxicas: peixes venenosos que, ingeridos, provocam phenomenos de intoxicação e peixes peçonhentos, providos de apparelho inoculador de veneno (raios

de nadadeiras, aculeos do operculo, etc.) Neste ultimo grupo, estão incluídas as *Muraena* ou enguias, e as *Scorpaena* e *Thalassophryne* ou *niquins*. Entre os peixes da primeira categoria, não providos de aparelho inoculador de venenos, se destacam alguns *Clupeideos* ou *sardinhas*, os *Diodontideos* ou *baiacús de espinho* e, principalmente, os *Tetraodontideos* ou *baiacús* propriamente ditos, que encerram os representantes mais venenosos da classe, os peixes do genero *Spheroides*. Deste genero tivemos occasião de determinar aqui as especies *S. testudineus* (L.) *S. greeleyi* Gilbert e *S. spengleri* (Bloch), que já nos haviam sido enviadas para o Rio de Janeiro pelos Professores *Pirajá da Silva* e *Octavio Torres*; sob o nome de *S. marmoratus*, *Castelnau* descreveu uma especie nova capturada na Bahia, a qual, entretanto, não tivemos occasião de observar. De todas as nossas experiencias, pudemos concluir pela toxidez do figado, dos testiculos, dos ovarios, da pelle, da bile e do muco cutaneo e pela inocuidade do sangue, do esqueleto, dos musculos, do coração, do baço, do rim, da massa encephalica, do tubo digestivo e da vesicula natatoria. O veneno é muito activo, um centigramma de figado, bastando muitas vezes para matar em 5 ou 10 minutos um cobaio de 500 grs.; o veneno é thermo-resistente, não poudé ainda ser chimicamente identificado e parece agir paralygando os musculos respiratorios.

Os dous grupos de peixes normalmente nocivos têm sido até agora bem distinctos um do outro, não se tendo, que o sabemos pelo menos, feito a verificação experimental da toxidez dos diversos órgãos ou seus productos de secreção nos peixes peçonhentos; destes, convém notar que as enguias foram objecto das classicas pesquisas de Gley e de Mosso, que lhes estudaram as propriedades toxicas do sôro sanguineo.

Aproveitando a opportunidade que se nos offereceu aqui de estudar um exemplar de *Scorpaena plumieri* Bloch, especie conhecida pela designação vulgar de *niquim*, o qual foi obtido em um mercado desta cidade, resolvemos utilisal-o para verificar a toxidez do figado, órgão que, nos peixes venenosos, *Spheroides* ou *baiacús* por exemplo, é dos mais constantemente dotados de propriedades toxicas. A emulsão do órgão em cerca de 20 cc. de solução physiologica foi filtrada e injectada por via intra-peritoneal, na dóse de 5 cc., em 2 cobaios de cerca de 400 grs.

Um dos cobaios em questão morreu cyanotico durante a noite que se seguiu á experiencia, feita pelas 16 horas de 20 de Junho do corrente anno. O outro cobαιο appareceu na manhã seguinte com phenomenos de paralysisa dos membros posteriores; elle se conservava immovel quando deixado em repouso e era agitado por movimentos convulsivos quando excitado; neste ultimo caso tentava correr arrastando os membros posteriores paraly-

sados e, não raro, perdendo o equilibrio, cahia em decubito lateral, impossibilitado por algum tempo de se erguer; pouco depois, este cobaio tambem estava morto.

Estas duas experiencias devem ser consideradas apenas como experiencias iniciaes, mas deixaram ellas bem patentes os efeitos toxicos do figado da *Scorpaena*, efeitos muito menos rapidos, mas muito semelhantes aos verificados após ingestão ou injeccão, por qualquer via, do figado dos *Spheroides*.

Seria interessante levar mais longe estas pesquisas, procurando observar as relações acaso existentes entre a venenosidade dos diversos orgãos e a actividade do aparelho inoculador de veneno nos peixes peçonhentos. Não é impossivel que correlações funcçionaes existam, analogas talvez ás de ordem endocrinica, entre as glandulas secretoras da peçonha e as outras glandulas da economia do animal; nem seria isto facto completamente novo, pois tal verificacão foi feita já para o caso dos batrachios venenosos e nós mesmos já tivemos occasião de exprimir, para o caso dos *Spheroides*, a opinião de que a venenosidade do figado decrescia na phase de maior actividade genésica, quando augmentava a toxidez dos orgãos sexuaes.

Outra especie accusada pela observacão popular como dotada de propriedades toxicas é *Lactophrys tricornis* (L.), ostracionideo conhecido pelo nome vulgar de *taóca*; o figado de um exemplar desta

especie, triturado, emulsionado em solução physiologica e filtrado, foi por nós injectado no peritoneo de um cobaio que veio a morrer cerca de 12 horas depois; um outro cobaio, ao qual ministramos a mesma emulsão, por via oral, regeitou logo quasi todo o liquido ingerido e nenhum phenomeno morbido apresentou.

Ficam aqui registadas estas observações que não têm outro valor, senão o de lembrar a oportunidade de investigações mais amplas para as quaes as aguas da Bahia fornecerão excellente material.

III

Dr. DAVID BASTOS—*Considerações sobre dois casos recentes de syndrome de Collet.*

Publicada na integra no presente numero.

Gazeta Medica da Bahia

REDACTOR-GERENTE

Dr. Macedo Guimarães

Cobertos, 5 — Caixa Postal, 250 — BAHIA

Mortalidade infantil

É assombrosamente incalculável a mortalidade infantil nos grandes capitães, como em todos os centros populacionais, a cifra de crianças mortas em 24 horas é dolorosíssima . . .

É recente, e a imprensa brasileira divulgou largamente, a notícia da realização, em Buenos Aires, de uma exposição sobre os interesses da criança, nella figurando uma estatística de mortalidade infantil, "segundo cujos dados fallece, na Republica Argentina, uma criança em cada 5 minutos."

Entre as causas apontadas sempre como principais responsáveis pela elevação do quociente da mortalidade infantil, figura, em primeiro lugar, a má alimentação, isto é, o consumo de leite as mais das vezes falsificado e innumeradas vezes deteriorado e insufficiente.

Nunca serão demasiados os apellidos, toda a fiscalização é pouca, a maior severidade se faz necessaria nas medidas repressivas e condemnatorias em prol da pureza do alimento das crianças, que os falsos preconceitos, o egoismo ou mesmo uma impossibilidade real, privam do aleitamento natural, dos beneficios do leite materno.

Impera, entretanto, e sobejamente, tudo o que a boa fé e a ignorancia do povo relaciona á dentição.

A cada passo, mesmo entre a gente interme-

diária, é commum ver-se attribuir á essencialmente physiologica, os disturb via de regra, se evidenciam nos org estado de debilidade congenita, de desn conforto nem hygiene, em sua grande m. sob regimes artificiaes.

Dahi o recurso a remedios, que infelizmente não faltam, alta e duplamente prejudiciaes, contraproducentes em seus proclamados effeitos.

Quando por aquellas ou outras causas, na criança, chegado o periodo da dentiçãõ, se manifestarem mais gravemente os seus padecimentos anteriores, é claro que, ao lado do estabelecimento de regimes convenientes e da boa hygiene, se deva recorrer a medicamentos que lhe estimulem as forças, auxiliem a nutriçãõ e lhe garantam os dentes, como elementos de inestimavel proveito organico.

Os remiueralisadores, dignos deste nome, os recalificantes estabelecidos em principios puros, constituem a medicaçãõ de escolha, em tal caso, a unica que poderá dar resultados plenamente satisfactorios.

O **TRIPHOL**, por exemplo, reúne todas as citadas qualidades, com precellencia sobre as formulas congeneres, por sua complexidade.

Vantagens outras, de ordem economica inclusive, e a segurança de sua acçãõ therapeutica incontestes e prodigiosas, fazem do **TRIPHOL** o remedio ideal para o organismo infantil desnutrido e debilitado.