

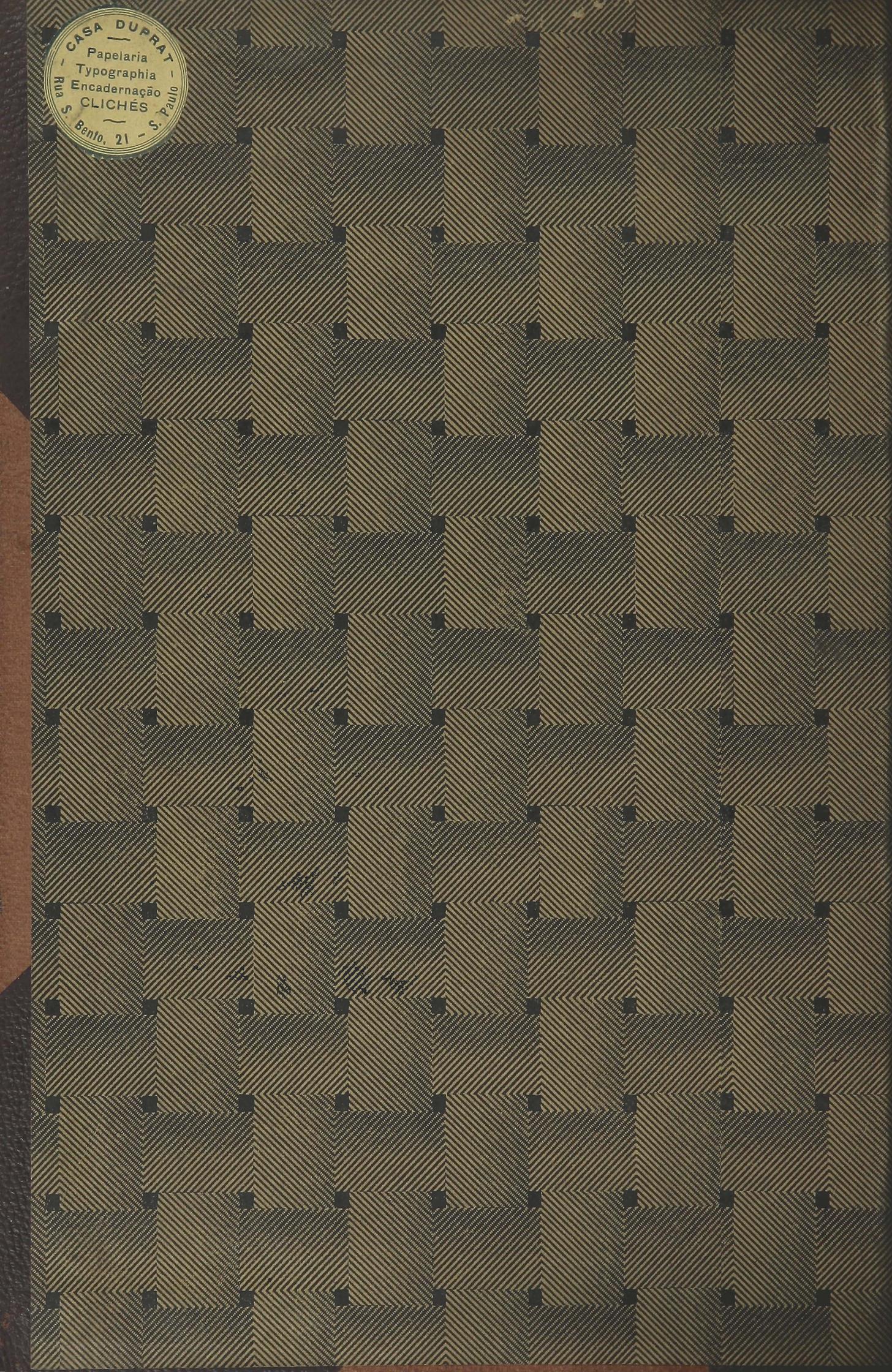
PREFACE

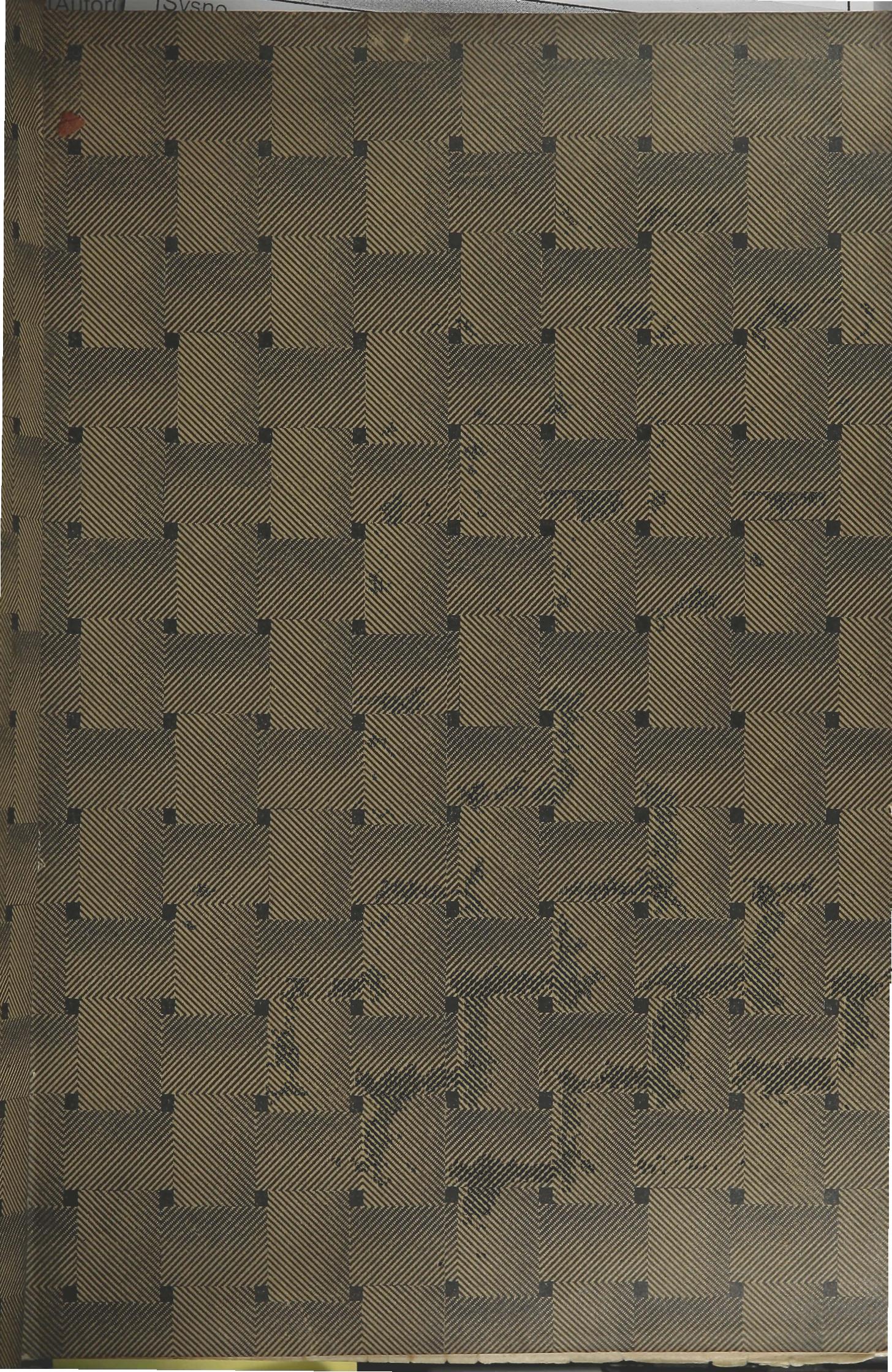
AO

CENTRO ACADÉMICO

"OSWALDO CRUZ"

CASA DUPRAT
Papelaria
Typographia
Encadernação
CLICHÉS
Rua S. Bento, 21 - S. Paulo





ANNO VI



S. PAULO, MARÇO DE 1922



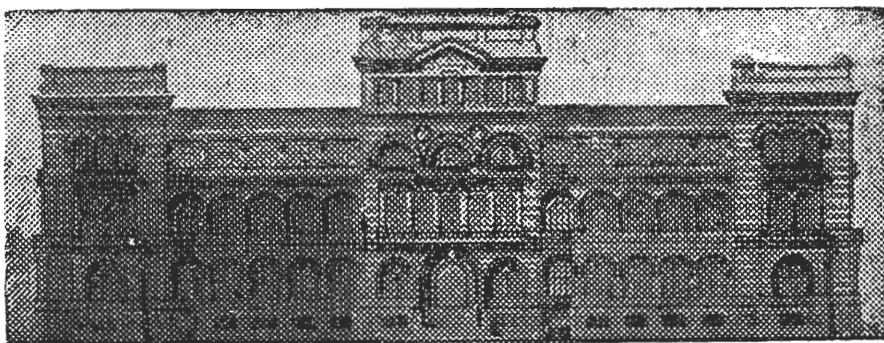
VOL. 13 — NUM. 19

III

REVISTA DE MEDICINA

Orgam do Centro Academico "OSWALDO CRUZ"

DA FACULDADE DE MEDICINA
E CIRURGIA DE SÃO PAULO



COMISSÃO DE REDACÇÃO

Presidente — Felicio C. do Prado
Redactor - chefe — Marcos Lindenberg
Durval Bellegarde Marcondes
Pedro de A. Marcondes Machado



SÃO PAULO

SECÇÃO DE OBRAS DO ESTADO DE S. PAULO

1922

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Biblioteca Central





PAULO JOSÉ DIAS

Cruel e triste foi a surpresa que nos reservára o destino para fecho doloroso do nosso passado anno academico: arrebatado pela morte, uma morte inesperada, dessas que ferem os corações amigos com a rapidez brusca de uma punhalada insidiosa, foi-se de nosso convívio e perdeu-se para o carinho de quantos o estimaram o nosso bom e inesquecido companheiro Paulo José Dias.

Tanto mais subita para nós a brutalidade desse golpe de ironia do destino, quanto, nas vespéras de sua morte, o víamos alegre e sorridente, marchando ao lado nosso no caminho da esperança, sem que sequer lhe annuviasse os olhos a sombra mais fugaz de sua proxima desdita.

Petala por petala, botão por botão, víamos, junto de nós, abrir-se para a vida aquelle roseiral de sonhos.

E, de uma lufada só, o vímos então desfolhado para sempre.

Que a saudade que nos ficou nos lembre constantemente esse querido camarada, a quem a Revista de Medicina, associando-se á revoltada amargura que feriu a todos os collegas, lhe presta agora aqui sua timida homenagem.



APPELLO

Percorrendo o summario de todos os numeros da Revista de Medicina até hoje publicados, e procurando-se estabelecer a porcentagem com que para elles concorreu a collaboração dos alumnos da Escola, verifica-se ser ella pequena, principalmente se se considerar apenas aquella referente a assumptos de Medicina ou Cirurgia, especializados ou não.

Não sabemos dizer a razão de ser d'isso; falta de campo para se fazerem observações, estudos, etc, não pensamos haver, pois o Hospital da Santa Casa, e varios outros onde trabalham alumnos internos, offerecem todos os dias innumerous assumptos dignos de serem observados, estudados, e divulgados. De falta de orientação tambem não se podem resentir os alumnos, porquanto os directores de nossas clinicas, laboratorios, etc, têm sempre mostrado a maxima boa vontade em os auxiliar em qualquer occasião, como sempre acontece quando se trata do desenvolvimento de um estudo como argumento para these de formatura.

Onde pois se encontra o motivo? Acreditamos que na falta de iniciativa por parte dos proprios alumnos, em um certo numero de difficuldades que se criam, e, para vencer as quaes não reúnem a necessaria força de vontade, não se movimentam com a necessaria actividade. E' o receio de se atirar a um pequeno esforço, a pouca vontade em sahir da estriccta commodidade, de se sujeitar a uma critica. Esquecem-se assim os alumnos de que é agindo que se apprende a trabalhar, de que é discutindo que mais se apprende a raciocinar.

Que se transformem pois nossas horas vagas de laboratorio e de enfermaria em horas de observação e de estudo; que seja a nossa Revista o espelho onde se reflectirá essa actividade, o campo onde se estabeleçam as discussões que sempre resultarão em maior proveito para os seus auctores e para aquelles que as acompanhem.

Considerações sobre um caso de choréa

Lidas perante a Academia Paulista de Medicina

PELO DR. VIEIRA DE MORAES

Observação. — N. N. branco, brasileiro, 14 annos de idade, im-
puber.

Antecedentes. — Paes sadios, tem 11 irmãos que gozam saúde. Não se apuraram taras nervosas ou mentaes. Molestias commus á infancia. Desenvolvimento normal até a idade de 13 annos.

Commemorativos da molestia actual. — Aos 13 annos começou sentir que os musculos do braço direito “repuchavam”, indo até obrigarem-no a movimentos involuntarios. Não sabe precisar quando lhe sobrevieram os mesmos phenomenos no membro inferior homolateral. Sabe porem que o apparecimento desses movimentos foi insidioso.

Affirma que a sua molestia appareceu sem causa justificada, não registando sustos ou accidente algum que marcasse o seu inicio.

Actualmente apresenta abalos musculares, alguns quasi imperceptiveis, outros maiores, que o obrigam a movimentos desordenados. Estes movimentos não augmentam com a emoção ou fadiga e cessam por completo durante o somno.

Pela inspecção geral nada de anormal se lhe nota.

Sensibilidade geral e especial normaes.

Reflexos normaes.

Apparelhos da vida vegetativa: nada de extraordinario apresentam. O coração auscultado com cuidado, não revelou ruidos anormaes, não denunciou estygmias de molestias passadas, sendo o seu rythmo regular e com 76 pulsações por minuto.

Considerações. — O diagnostico que fizemos á primeira vista foi de choréa, choréa de Sydenham. Notamos porem que este caso, fugia um pouco do quadro commum:

- 1.º pela sua duração, que já vae por um anno;
- 2.º por ser unilateral e poupada a face;
- 3.º por ser do lado direito.

A choréa, velho thema se nos apresenta no entanto hoje com o character de oportunidade. A sagacidade dos investigadores terá muito campo se a quizer tomar por objecto. Pode-se dizer, que apezar de ser millenaria, a choréa é ainda hoje uma questão de momento, tudo que diz a sua respeito se funda em méras hypotheses, as doutrinas que a regem são concepções empyricos. Sob o ponto de vista scientifico, tudo está ainda por se lhe fazer.

Ainda ha pouco éra tida como uma nevrose pura; hoje já se lhe dão os fóros de doença organica.

O rheumatismo éra incriminado seu causador; hoje a lues hereditaria começa a arcar com as responsabilidades da "loucura muscular". (1) Predisposições, etio-pathogenia, anatomia pathologica, tudo está por se estudar.

Quem nos garante ser a choréa uma doença organica, se os casos mais claros da ch. magna não revelam sempre na mesa dos laboratorios de anatomia pathologica lesão alguma do systema nervoso?

Quem óusará affirmar ser a choréa uma nevrose pura, se a muide encontramos pela necropsia lesões do systema nervoso central? Tem todo cabimento as palavras de Aloysio de Castro, citadas por Prisco: questões de doutrina, umas quanto á natureza das choréas e sua exacta significação, outras quanto ao mechanismo da producção dos movimentos em si, vêm de longe enleando os clinicos e fazendo deste assumpto, sob muitos dos seus aspectos, verdadeiro quebra-cabeças".

E a sua divisão clinica em choréas — estas em chronica e de Sydeerham; e, choreioides ou syndromes choreoides, se vemos a choréa se iniciar na tenra idade dos 6 annos, por simples abalos de de certos musculos, sem respeitar sexos, curar-se dentro de semanas, ou tornar-se chroerica; óra surgir na idade adulta ou mesmo senil, e terminar pela morte apóz a cachexia? Tudo na choréa é desordenado como os tristes movimentos que ella impõe a sua victima: Tudo nella está em flagrante desaccordo com o seu nome — a doença a arte do rythmo.

Só o caso que óra observamos a quantas indagações se presta! Que argumento nos pode elle fornecer, que justifique a classificacão em choréas magna e minar e choreoides; onde enquadrá-lo? E choréa seu germanorum, por ser do periodo prepuber, se esta deve ser benigna e se curar prestes, quando o nosso doentinho já arrasta o seu mal por 12 longos mezes? Então será a choréa chronica. Mas a doença Santi Viti chronica é propria dos adultos. Será um choreoide, cousa semelhante á choréa, sem o ser? Será um exaggerado optimismo, crêr que se não está deante de um caso de uma das doenças de Sydenham ou Hutington.

(1) La syphilis est le facteur le plus fréquent de la chorée en dehors de l'hysterie et du rheumatisme.

Milian. Bull. des Soc. Med. des Hop. 4-7-912. pag. 957.

— P. Fati. "La Pediatria" Setembro 919. Sobre 17 casos de ch. de Sydenham encontrou 13 com reacção de Wassermann positivo e tres suspeitos.

— F. Prisco, em sua theze — A choréa de Sydenham e o Neosalvarsan, — 1914, apresenta quatro casos de cura da chorea, em que seguindo os exemplos do P. Marie e Parent, empregou o "914" e, chegou ás seguintes conclusões: quasi todos os medicamentos empregados para combatel-a (a ch. de Sydenham) dão resultado.

Nenhum porem, que se compare ao "914" em injeccões intra-venosas.

Foge ella da vulgaridade por apresentar a epilepsia saltatoria adstricta aos membros do lado direito e poupando a face já num periodo avançado de mais de 12 mezes. A arhythmia muscular não costuma poupar a face (1).

E' do lado direito (1), e do sexo masculino (2), quando de costume a arhythmia prefere o sexo feminino e o lado esquerdo para se iniciar.

Quanto a etiologia, o nosso observado não apresenta reacção de Wassermann, não havendo nos seus dados anamneticos nada que denuncie a avaria.

E' em summa um caso de choréa, admittamos que de Sydenham e de bom prognostico. Seguimos a therapeutica da antipyrina e do saicylato de sodio, mais o exercicio physico moderado, confiantes que os bons fados amparem o nosso doentinho.

S. Paulo. Junho. 920.

(1) "Frequentemente (e principalmente) os doentes apresentam por alguns dias ou semanas, alterações isoladas e circumscriptas... a uma metade da face etc., com esquisitos repuchamentos da face no fallar, deglutir etc. Eulenburg.

(1) Mais frequentemente um braço, o esquerdo de preferencia, ou uma metade da face — especialmente os musculos da comissura oral etc. marcam o ponto de partida dos movimentos choreicos. — Eulenburg.

(2) "Il faut reconaitre cependant q'un des côtés, le côté gauche, est generalment le plus atteint" — Rayau et Mattei. G. des H. 16-12-912.

Péritonite tuberculósa chronica

DOUTORANDO CASSIO VILLAÇA

QUINTO-ANNISTA JAIRO DE ALMEIDA RAMOS

Antonio Passos, brasileiro, de côr preta, com 24 annos de idade, solteiro, trabalhador rural, procedente de Campinas.

Queixa: — Entrou para o hospital para se tratar de barriga inchada.

Antecedentes hereditarios: — Paes fallecidos de molestia que o doente ignora. Tem 4 irmãos vivos que gozam perfeita saúde.

Antecedentes pessoaes: — Ha 8 ou 9 annos apanhou gonorrhœa e cancro molle. Nega syphilis. Fuma pouco e usa moderamente do alcool. Não se recorda de outra molestia anterior a actual, a não ser "cerebro fraco" Habitos de vida morigerados.

Molestia actual: — Refere o começo da sua molestia ha um mez, quando teve uma hemorrhagia em um dente, que durou 3 dias, tendo sido preciso recorrer a um profissional para estancar-a. Depois d'isso conta ter apanhado chuva uma semana toda. Em um dia, que não sabe bem precisar, mas posterior a estes acontecimentos, notou que depois das refeições a barriga lhe ficava muito inchada, sentindo o paciente uma sensação de peso no ventre; embora tentasse, não conseguiu evacuar nesse dia. Resolveu comparecer á consulta da Santa Casa, tendo-lhe o medico receitado um purgante; a medicação tomada fez effeito, tendo evacuado bastante; a inchação da barriga, porem, não desapareceu, pelo que novamente voltou a Santa Casa, tendo-lhe sido prescripto novo purgante, que, tomado nem produziu effeito, nem desinchou a barriga. Voltou novamente á procura do medico, que, como de outras vezes, receitou-lhe um purgativo; entendeu não dever tomal-o, e na noite desse dia, depois de muitos roncos na barriga, teve uma defecação abundante que de algum modo alliviou o seu estado geral, sem contudo desinchar a barriga. Resolveu, por isso, internar-se, tendo dado entrada na 2.^a enfermaria de medicina para homens da Santa Casa.

Interrogatorio: — Diz ter tido febre nestes últimos dias. Podemos precisar que de ha 3 dias para cá ella se tem elevado á 39° e 40°, com ligeira remissão matinal. Accusa tosse, suores nocturnos e emmagrecimento apreciavel. Em relação ás suas funcções digestivas, diz não ter appetite e que mesmo o estomago não aceita muito alimento, pois a barriga começa logo a inchar

Tem muita sede. Quanto ao aparelho uro-genital, nada ha de anormal; nada lhe resta da gonorrhéa ha 8 annos contrahida.

Causa-lhe somente attenção a côr muito carregada da urina.

Em resumo: — vinha o doente de ha vinte dias, soffrendo perturbações dispepticas, que se traduziam por inappetencia relativa, meteorismo accentuado após ás refeições, prolongando-se no intervallo d'ellas com menor intensidade, e alternativas de constipação e diarrhéa.

Exame physico: — Nada revéla o exame de conjuncto, que se apresenta favoravel ao observado.

Apparelho ganglionar. — Massas ganglionares na região inguinal de ambos os lados.

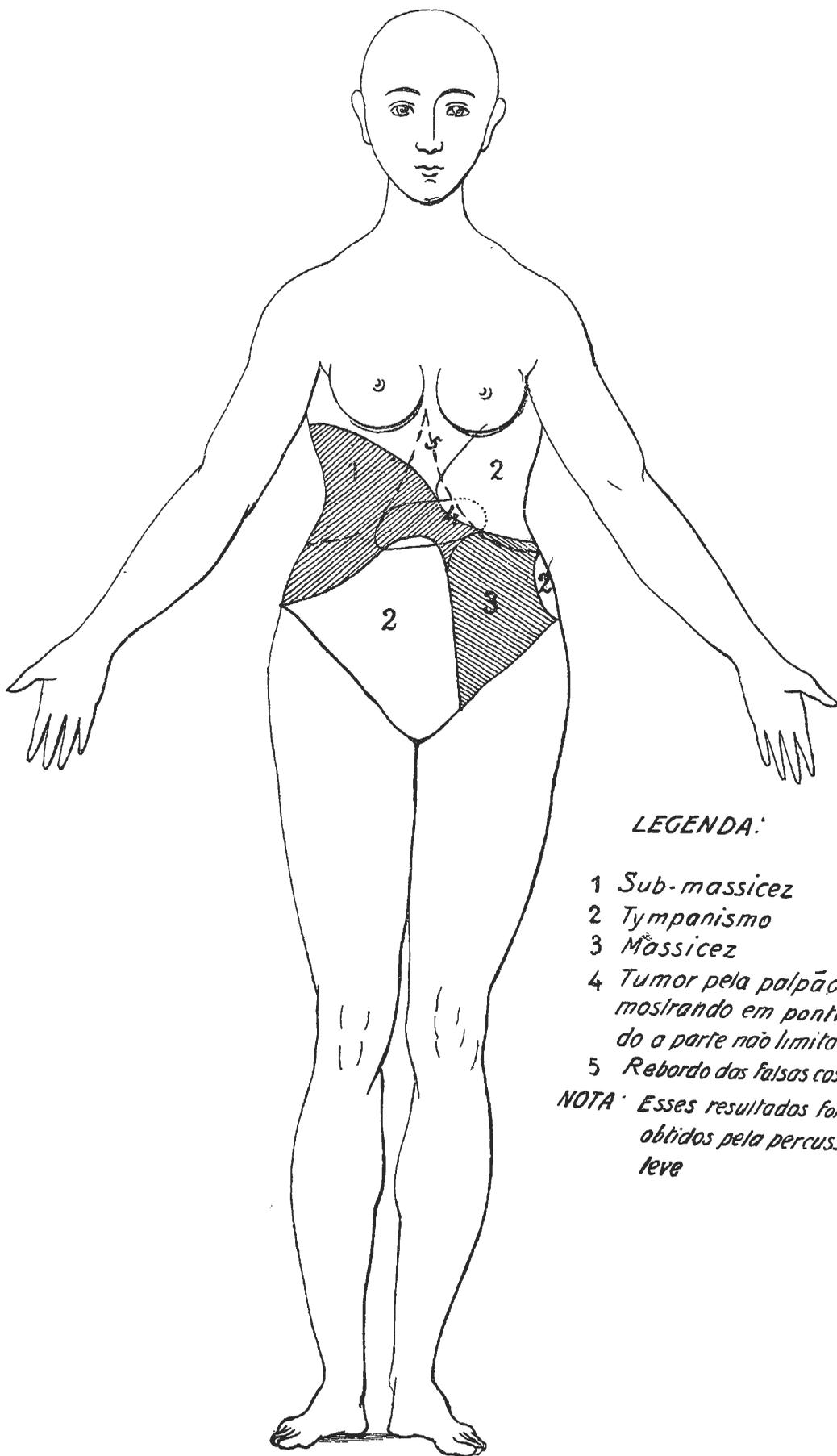
Apparelho respiratorio. — O exame dos pulmões nos revelou uma sub-massicez, augmento de fremito, respiração rude no apice do pulmão direito, nada mais havendo de notavel.

Apparelho cardio-vascular. — Apparentemente integro.

Abdomen — Inspecção: — Ventre abahulado, sendo mais notavel o abahulamento ao nivel da cicatriz umbilical, que é muito saliente, e no flanco esquerdo.

Palpação: — Tensão augmentada particularmente no epigastrio; doloroso á palpação superficial, particularmente no flanco esquerdo e no epigastrio, para cima da cicatriz umbilical. Notamos a presença de um tumor transversalmente situado acima da cicatriz umbilical, e indo da linha axillar anterior do lado esquerdo, até á mammilar direita, tendo mais ou menos 5 centimetros de largura. Seu bordo inferior era bem palpavel e não assim o bordo superior que era menos nitido. O polo esquerdo perdia-se no hypochondrio correspondente, não sendo limitavel. O polo direito era bem palpavel e distava uns 3 centimetros do rebordo costal do mesmo lado. A contracção dos musculos abdominaes fazia desaparecer o tumor. Nas inspirações o tumor não perdia em nitidez. A sua superficie era bosselada, era doloroso á pressão e á descompressão. Sentia-se attrictos peritoneaes e borborygmos em seu limite superior. O tumor apresentava mobilidade respiratoria dorso-ventral e era immovel no sentido axial. Apresentava ligeira mobilidade manual somente no sentido lateral; não havia mobilidade de decubito.

Percussão: — A percussão do ventre revelava: Tympanismo no quadrante inferior direito, no flanco e na região lombar do mesmo lado; massicez muito accentuada no flanco esquerdo, sendo muito pouco movel e dando a sensação de onda; tympanismo na região lombar do lado esquerdo; sub-massicez sobre o tumor pela percussão leve, tympanismo pela percussão profunda, tympanismo gastrico no hypochondrio esquerdo, invadindo um pouco o epigastrio. Não se pôde pela percussão delimitar o figado do tumor no hypochondrio



LEGENDA:

- 1 *Sub-massicez*
 - 2 *Tympanismo*
 - 3 *Mássicez*
 - 4 *Tumor pela palpção mostrando em pontilhado a parte não limitavel*
 - 5 *Rebordo das falsas costellas*
- NOTA:** *Esses resultados foram obtidos pela percussão leve*

direito, o que contudo foi possível no epigastrio. Para maiores detalhes juntamos um eschema, mostrando os resultados obtidos pela palpação e pela percussão. Conseguimos palpar o illeon ascendente, o coecum, e o colon sygmoide, que não apresentavam relações com o tumor. O colon transverso não poudo ser palpado e nem tão pouco o figado e baço.

Exames de laboratorio: — Exame de escarro — negativo.

Exame de fezes — negativo.

Exame de urina: — albumina — traços.

assucar — não contem.

Diagnostic: — Como em todos os tumores abdominaes, a situação deste só pôde ser: da parede, da massa cellulosa retro-muscular, intra-peritoneal, e retro-peritoneal. Com os caracteres positivos e negativos que apresentava o tumor, fornecidos pela palpação: mobilidade respiratoria dorso-ventral, immobilidade respiratoria axial, immobilidade de decubito, podiamos pensar em tumor da parede, ou melhor, da massa muscular anterior. Eliminamos esta hypothese porque o tumor não se tornava mais nitido, antes perdia em nitidez quando os musculos rectos se contraíam.

A hypothese de um tumor da camada cellular retro-muscular, entre os musculos e o peritoneo parietal, tambem não pode ser sustentada por haver claros indicios de compromettimento do peritoneo (que o diga a ascite enkystada no flanco esquerdo). Excluidas estas duas hypotheses, restavam-nos ainda as de ser intra-peritoneal ou retro-peritoneal. A existencia da mobilidade respiratoria dorso-ventral, nos fez por de lado esta ultima possibilidade, pois mesmo que contráiam adherencias com a parede, os tumores retro-peritoneaes não apresentam mobilidade respiratoria dorso-ventral, mas sim, fixam a parede anterior do ventre, tornando impossiveis as suas excursões nas phases respiratorias. Restava-nos ainda a hypothese de ser o tumor intra-peritoneal, vindo corroborar com isto o compromettimento do peritoneo. Pela sua séde topographica, poderiamos considerar as seguintes hypotheses: tumor do estomago, do pyloro, do colon, do figado, do baço, do pancreas (comquanto figurando entre os organs retro-peritoneaes já eliminados, consideramol-o aqui na sua parte chamada “cabeça de pancreas”, que pôde ser movel e ser mesmo provida de um meso), organ ectopico, tumor do epiploon. Passando a discutir estas hypotheses formuladas, teremos:

a) — **Tumor do estomago:** — Eliminamos por faltar o tympanismo gastrico pela percussão leve, pela forma allongada do tumor (forma em corda, “cable gastrique”), por não haver mobilidade respiratoria axial e, além disso, porque conseguimos delimital-o pela

percussão, que mostrava só haver relações de contiguidade entre o tumor e o estomago, pois passávamos bruscamente de sub-massicez do tumor para o tympanismo gastrico.

b) — **Tumor do pylóro:** — Eliminamos pela falta de mobilidade respiratoria axial, e pela falta de phenomenos de estase.

c) — **Tumor do colon:** — Não nos parece estar este seguimento intestinal compromettido, não só porque exames repetidos não nos revelaram phenomenos acusticos, como tambem pela ausencia de mobilidade respiratoria axial, que de regra os tumores do colon apresentam. Comquanto pela palpação não conseguissemos individualisal-o, o que é possível em 75 % dos casos, percebemos phenomenos acusticos no limite superior do tumor, parecendo-nos estar o colon em contiguidade com o tumor.

d) — **Tumor do figado:** — Eliminamol-o como sêde do tumor, porque tanto pela percussão do epigastrio, como pela delimitação do tumor no hypochondrio direito, conseguimos provar a não existencia de relações de continuidade entre esse orgão e o tumor; pela falta de mobilidade respiratoria axial e pela forma transversalmente allongada, em nada se assemelhando ao figado, pois é sabido que os tumores em regra reproduzem a forma do orgão sobre o qual se implantam.

e) — **Tumor do baço:** — Eliminamol-o pela falta de mobilidade respiratoria axial e pela forma, que em nada se assemelha a deste organo.

f) — **Tumor do pancreas:** — Eliminamol-o por faltarem symptomas de insufficiencia pancreatica (steatorrhéa), de compressão do choledoco, e a ictericia consecutiva.

g) — **Orgão ectopico:** — Poderíamos pensar em figado, baço e rim. A hypothese de ser figado não póde ser acceita, pois além de percutirmos esse orgão no hypochondrio direito, conseguimos palpá-lo no epigastrio. A hypothese de ser baço, apesar de não ser palpavel e nem percutivel no hypochondrio esquerdo, não poderemos acceitar, pois a forma do tumor em nada se assemelha a desse organo. A hypothese de ser rim tambem não póde ser acceita, pois um rim ectopico nunca toma a posição mediano-transversal no abdomen, seguindo sempre a sua bainha. Em um rim em ferradura tambem não poderíamos pensar, pois seria um tumor retro-peritoneal.

h) — **Tumor epiplon:** — Contra tumor do epiplon falaria a falta de mobilidade respiratoria axial e de mobilidade manual de baixo para cima. Porem estas propriedades só se referem ás neoplasias, podendo faltar em tumores de origem phlogistica. Em favor da hypothese de tumor phlogistico, falava-nos: 1.º dôr á pressão e descompressão; 2.º attrictos peritoneaes; 3.º ascite enkystada; 4.º febre, suores, e calafrios. Portanto deveremos admittir que o tumor

em questão seja de origem phlogistica. Determinada a origem, facil será admittirmos que se trata de um tumor do epiploon, pois assim poderemos explicar: 1.º sub-massicez á percussão superficial, tympanismo á percussão profunda; o que nos mostra que o tumor está adeante do tubo gastro intestinal — 2.º immobilidade respiratoria axial e mobilidade dorsô ventral, resultado das adherencias com o peritoneo parietal, como frequentemente acontece; 3.º immobilidade manual e de decubito, pela mesma razão; — 4.º sua forma allongada e direcção transversal, caracteristicos dos tumores deste orgão. Não é no emtanto sufficiente, saber que se trata de um tumor do epiploon, de origem inflammatoria, com reacção peritoneal; mas, devemos tambem determinar a sua etiologia.

Considerando o acima exposto e a duração da molestia, concluimos tratar-se de uma peritonite chronica. Ora, as peritonites chronicas dividem-se em 2 grandes grupos: 1.º peritonite chronica simples, fibrosa ou deformante; 2.º peritonite chronica tuberculosa.

A 1.ª é muito rara, coincide quasi sempre com uma pericardite e uma pleurite adhesiva. A 2.ª é muito frequente, tanto que Dieulafoy, no capitulo das peritonites chronicas, diz que de 12 autopsias feitas, em 11 tratava-se de uma peritonite chronica tuberculosa. Alem d'isso, a 1.ª é por muitos auctores considerada como sendo de origem tuberculosa. Concluimos então tratar-se de uma peritonite tuberculosa chronica, a saber:

1.º **Ascitica essencial**, mais commum nas creanças, caracterisando-se por um começo febril, dôres, metorismo, nauseas e vomitos. Depois esses phenomenos, as mais das vezes, desapparecem, permanecendo a ascite, que desde o principio é o symptoma predominante.

2.º **Fibrosa**, caracterisando-se por perturbações dispepticas, alças intestinaes aglomeradas, ás vezes phenomenos de obstrucção, grande epiploon espessado, estado geral quasi sempre bom.

3.º **Fibro-caseosa** ou ulcerosa ou locular, mais commum de 20 á 30 annos, caracterisando-se por um inicio insidioso, digestão difficil, ascite moderada e quasi sempre septada, dôr á pressão e descompressão, febre, suores e calafrios, attrictos peritonias e gargarejos, alternativas de diarrhea e constipação, e pela participação quasi constante do grande epiploon.

Visto de um modo summario os differentes typos de peritonites tuberculosas chronicas, devemos admittir que se trata da forma **fibro caseosa**, pois a favor d'isso fala-nos não só a symptomatologia do doente, como tambem a sua idade.

Removemos o doente para a 2.ª enfermaria de cirurgia para nomens, serviço do Professor Alves Lima, com o seguinte diagnostico: — **“Peritonite tuberculosa chronica, forma locular, espessamento do epiploon, derrame enkystado no flanco esquerdo.**

Dias depois, o nosso doente foi operado e damos abaixo o relatório do Prof. Alves de Lima.

Operação. — 21-2-1922 — Tempo — 10, horas 45 ás 11,5.

Chloroformio: — 30 grs. — Operador: Prof. Alves de Lima.

Auxiliares: — Dr. Leão Novaes e Mario Galvão.

Anesthesista: — Waldemar Pessôa.

Anesthêsico: — Chlorophormio.

Laparatomia mediana. Incisão desde o appendice xyphoide até pouco acima do pubis. Aberto o peritoneo, verificou-se a saída de liquido ascitico (tendo sido a operação retardada uns 10 dias, por motivos irremoviveis, a ascite, que por ocasião do nosso exame se achava enkystada, generalisou-se, o que explica este facto observado na operação). Rapida exposição da massa intestinal, que se apresentava na parte inferior com o aspecto caracteristico de tuberculose miliar. As alças intestinaes se apresentam coladas umas ás outras, explicando os signaes de oclusão. As granulações observadas invadem toda a massa intestinal e o mesenterio, que se acha muito espessado. Grande epiploon muito espessado como se fosse um tumor, occupando toda a região epigastrica e invadindo os 2 hypochondrios. O diagnostico é confirmado de modo completo; espessamento do grande epiploon, peritonite tuberculosa, tuberculose miliar. Além da exposição da massa intestinal, fez-se lavagem com ether, tendo sido, tanto quanto possivel, descoladas as alças intestinaes. Feita a lavagem com ether, seguiu-se a lavagem com serum artificial, que foi em parte conservado na cavidade abdominal. Immediatamente procedeu-se o fechamento da cavidade abdominal em 3 andares; do seguinte modo: suturas internas com cat-gut e as externas (pelle), com crina de Florença e agrafes de Michel. A operação correu sem accidente, tendo o doente supportado bem a intervenção e a narcose”

Por ocasião da operação retirou o Prof. Alves de Lima um pedaço do grande epiploon que, examinado pelo Prof. Klotz, confirmou o diagnostico.

O nosso doente falleceu no dia 8 de Março, não tendo sido possivel praticarmos a necropsia.

AVISO

Pretendendo o Centro Academico "Oswaldo Cruz" publicar este anno regularmente a "Revista de Medicina", pede-se aos que receberem o presente fasciculo e não quizerem tomar assignatura nova, devolvê-lo á séde do Centro, á Rua Brigadeiro Tobias N. 45.

A assignatura, paga adeantadamente, custa 10\$000, para uma série de 12 fasciculos.

Todos os que não fizerem a devolução deste numero, serão considerados assignantes.

Laboratorio de Anatomia Descritiva da Faculdade de Medicina e Cirurgia de
São Paulo, dirigido pelo Prof. Dr. A. Bovero.

UM CASO DE RIM EM FERRADURA

OBSERVAÇÕES DE BERNARDO ITAPEMA ALVES
E ANTONIO VICENTE DE AZEVEDO.

E' riquissima a literatura anatomica, tanto a antiga como a moderna, e de todos os paizes no que se refere á anomalia conhecida pela denominação de **rim em ferradura** (**Hufeisenniere** dos allemães; **Horse-shoe fusion of kidneys** dos inglezes). Existe entre nós uma serie de publicações, não só sobre rins em ferradura, mas tambem sobre as anomalias renaes e ureteraes em geral. Recordamos as interessantes publicações de M. Couto e Fajardo (1897), de J. Franco (1898); e particularmente as de B. Baptista (1909, 1917, 1920), e as por elle inspiradas: de Roquete Pinto (1911), Bastos d'Avila (1914), e Bittencourt (1917).

A literatura portugueza é tambem fertil em publicações sobre este assumpto, contando-se entre ellas as de Maia Mendes (1909), Souza Junior (1901), Arruda Furtado (1908), Oliveira Coelho (1910), M. A. de Magalhães (1914), N. Garcia (1914), H. Parreira (1915), as de Pires de Lima (1917) e da sua escola (Seabra e Bastos Monteiro (1920).

O historico da disposição em estudo já foi exposto em algumas das publicações acima referidas, pelo que nos affastamos completamente desta tarefa; alem disso, a literatura de que dispomos para um estudo mais minucioso deste assumpto é relativamente escassa, dada a carencia no nosso meio da maior parte das colleções de jornaes de anatomia onde se acham as fontes bibliographicas.

Muitas questões e differentes particularidades evidenciadas na descripção de cada caso das anomalias renaes conhecidas pelas denominações de **rim dystopico**, **rim em ferradura**, **rim unico** etc. permittiram deduzir verdadeiras classificações, todas mais ou menos semelhantes ente si. D'entre as mais recentes mencionamos as de Gérard (1905), de Huntington (1907), de Benjamin Baptista (1909), de Papin (1914).

Pondo de lado os casos de falta congenita de um rim, com hypertrophia compensatoria do rim remanescente, que conserva mais ou menos a sua forma normal, com outras anomalias do aparelho uro

genital (Romiti — 1886 —, Hönigsberg — 1902 —, Cutore — 1911 —, Ganfani — 1919 —), ou sem (B. Baptista e outros); considerando somente as diferentes modalidades de fusão ou concrecencia dos rins, os rins em ferradura ou rins em dystopia transversal representam a forma mais frequente deste grupo de anomalias. Na maioria dos casos os rins apresentam-se fundidos pelos seus polos inferiores, mais raramente pelos superiores e, ainda de modo verdadeiramente excepcional, pelos dois polos (rím annular).

Pode haver tambem concrecencia em direcção longitudinal, parecendo o polo inferior de um soldar-se ao superior do outro — ectopico, (**end to end ou tandem-fusion** — Mc. Murrich — 1898, Hill — 1906, Huntington — 1908, Wilhelmj — 1920).

Os rins ainda podem ser concrecidos em massa, em bolo, ou em disco, mais ou menos regulares, sendo que, nestes casos o rím aparentemente unico acha-se situado de um ou de outro lado da columna vertebral, numa das regiões lombares, ou, pelo contrario, em posição ectopica, deante da columna lombar, ao nível do promontorio, ou mesmo na excavação pelvica.

Estas concrecencias podem ser concomitantes ou não á rotação normal dos rins ao longo do eixo longitudinal, de modo a apresentarem o hilo voltado medial ou ventralmente.

A multiplicidade das origens e terminações anomalias das arterias e veias renaes nas diferentes anomalias é quasi absolutamente constante, bem como a coexistencia frequente, com os rins apparente ou realmente unicos ou em ferradura da denominada duplicidade da veia cava inferior, ou persistencia, com diferentes modalidades, da veia cardinal posterior esquerda.

Muito pouco considerado tem sido o comportamento dos nervos renaes nestes casos de anomalias (Calori — 1888).

O rím em ferradura não somente foi descripto na idade adulta e em crianças, mas tambem em embryões (Hill — 1906; Felix — 1911 — embryão de 30 mm.; Budde — 1913 — embryão de 19 mm.), bem como em outros mamíferos (gato, C. Johnson — 1914).

O interesse das illustrações de cada caso em particular e as deducções syntheticas que se podem tirar dahi, não se deve limitar somente á consideração das varias disposições puramente anatomicas encontradas, mas tambem ao valor physiologico dos órgãos modificado, e á importancia cirurgica dos mesmos, tanto mais quanto os órgãos assim alterados no seu desenvolvimento constituem verdadeiramente **loci minoris resistentiae** para os processos morbidos.

Finalmente não devemos esquecer as tentativas de explicação embryologica das diferentes disposições comprehendidas na denomina-

ção generica de **rins dystopicos**. Cremos todavia poder affirmar que se a explicação da genese formal é facil de encontrar-se, a genese causal só encontra explicação por meio de meras hypotheses.

Passamos, após estas ligeiras considerações syntheticas, á descripção de um caso por nós encontrado no curso dos exercicios practicos deste anno. No cadaver n. 1089, de R. R. M. de 29 annos, brasileiro, branco, natural de Serra Negra, fallecido na S. Casa de Misericordia desta cidade de S. Paulo, aos 20 de Julho de 1921, com o diagnostico de myelite, e transportado ao laboratorio de anatomia da Faculdade de Medicina, encontramos a disposição de rim em ferradura, sendo que nos foi possível fazer o diagnostico desta anomalia após a retirada do jejuno-ileo, tendo sido conservado o mesenterio. A raiz deste cruzava uma saliencia transversal, bem visivel, mesmo atravez do peritoneo parietal, situada um pouco para baixo da reflexão inferior do mesocolon transverso, e que pela palpação mostrava-se continua com os polos inferiores de cada rim. Feita a ablação do peritoneo parietal e tomando-se cuidado para conservar as relações, pela disseccção cuidadosa dos vasos arteriaes e venozos prevertebraes com o isolamento systematico dos seus involucros, foi posta a nú a massa renal, juntamente com as primeiras vias de excreção da urina.

Tratava-se de facto de dois rins reunidos pelas extremidades inferiores por um isthmio, apresentando o conjuncto a forma mais commum de rim em ferradura, com a concavidade voltada para cima.

Ligeiramente deslocado da sua posição normal relativamente á columna vertebral e ás costellas, o polo superior do rim direito chega ao nivel do bordo superior da cartilagem de conjugação entre as XI e XII V. L., alcançando a margem inferior da XI costella; o polo do rim esquerdo attinge somente a margem inferior de XI costella. disposição esta, contraria ao que se dá normalmente, na qual o polo superior do rim esquerdo está situado em um nivel mais abaixo do do rim direito.

O isthmio, achatado no sentido antero-posterior abraça a cartilagem de conjugação entre as III e IV V.L., e parte dos corpos destas duas vertebraes. O polo inferior esquerdo desce cerca de 2 cm. mais do que o direito. Como vemos no eschema junto, o rim esquerdo apresenta uma direcção approximadamente vertical, ao passo que o direito é obliquo de cima para baixo e da direita para a esquerda; esta obliquidade tambem é visivel no isthmio, a ponto de, abstrahindo-se dos sulcos que o limitam na face anterior tem-se a impressão de que foi o rim direito que se alongando inferiormente transpoz a columna vertebral, indo se ligar á extemidade correspondente do rim esquerdo.

Achando-se o rim direito mais afastado lateralmente da columna vertebral, por isso mesmo, num plano frontal elle se acha tambem mais profundamente situado.

Acrescentamos ao que já foi dito do isthmo que elle tem uma forma irregularmente quadrilatera, apresentando a face anterior convexa transversal e longitudinalmente. A face posterior é fortemente concava para traz abraçando a columna vertebral e os vasos prevertebraes. Das duas margens a superior é mais delgada do que a inferior

A continuidade do parenchima renal com as duas porções lateraes que é sem limites nítidos na face posterior, é, pelo contrario, na face anterior, profundamente escavada por dois sulcos, um á direita, outro á esquerda. O sulco que limita o isthmo á direita se apresenta em continuação do hilo do rim direito, e cava na margem inferior do isthmo uma chanfradura que é limitada á direita por uma formação lobular, que podemos considerar como polo inferior do rim direito. Este sulco recebe por baixo da capsula adiposa a porção inferior da pelvis renal e o inicio do ureter direito.

O sulco á esquerda, mais largo, mais profundo e vertical, comprehendeu uma parte do hilo do rim esquerdo, contendo dois calices primarios que se dirigem para cima e para á esquerda. Em correspondencia a este sulco, e por fóra da capsula gordurosa corre o tronco da arteria mesenterica inferior, sendo tão intima sua relação que se tinha a impressão de que foi o dito tronco que o produziu. Correspondendo ao meio do sulco a arteria mesenterica inferior dá origem ás arterias colicas superior e media esquerdas.

Na face anterior do rim direito notamos o hilo, assemelhando-se a uma fissura longitudinal, obliquamente dirigida de cima para baixo e um pouco da direita para a esquerda. Esta obliquidade é menor do que a do eixo longitudinal do rim, de modo que os dois eixos se cruzam inferiormente. Isto se explica porque a porção cephalica do hilo se inicia sobre a margem medial e a proporção que se torna caudal vae se tornando anterior, chegando mesmo na sua parte bem inferior, de onde sae um calice, a se continuar com o sulco direito já descripto.

O polo superior é regularmente arredondado, sendo mais largo e mais espesso do que o homologo do lado opposto.

A margem lateral é regularmente convexa para fora e para baixo. A medial na sua porção superior, acima da incisura longitudinal, pela qual começa o hilo, é regularmente convexa para dentro; a porção inferior é mais delgada, quasi rectilinea, obliqua para baixo e para a esquerda, continuando-se com a margem superior do isthmo.

Sobre a porção medial da face anterior do rim direito repousa a pelvis renal, larga e infundibuliforme, formada pela reunião de tres calices secundarios, resultantes por sua vez da fusão de um maior numero de calices primarios. Ao nivel da parte media do sulco direito, a pelvis, apresentando um estrangulamento bem evidente ao qual succede logo abaixo uma dilatação fusiforme, continua-se com o ureter.

A porção esquerda do rim em ferradura apresenta-se distinctamente lobulada, sendo esta lobulação evidente tanto sobre a face anterior, quanto nas margens lateral e medial. Assim, vemos na margem lateral duas incisuras uma superior e outra inferior, sendo que esta, muito mais pronunciada, situada na união dos dois terços superiores com o terço inferior, aloja uma arteriola. Tambem a margem medial apresenta duas incisuras em correspondencia aos vasos renaes.

O polo inferior desce um pouco abaixo da margem inferior do isthmo, e é mais largo do que o correspondente no rim direito.

Na face anterior encontramos sulcos superficiaes mais ou menos em continuacão ás fissuras. Em correspondencia a estes sulcos saem os calices renaes secundarios, em numero de tres: um superior, verticalmente descendente, um medio, posterior á parede da pelvis renal, emergindo do parenchima renal logo acima da chanfradura inferior da margem lateral, e finalmente um maior e inferior resulta da reunião de tres grandes calices primarios, dois dos quaes parecem sair do sulco esquerdo, e serem provenientes do isthmo. O bacinete renal resultante é muito pequeno, sendo que os calices renaes superior e inferior irradiam-se segundo ao mesmo plano frontal ao bacinete. Assim constituido, o hilo não tem forma definida, apresentando-se discontinuo, não existindo de forma alguma um seio renal, o qual é pelo menos esboçado á direita. Do bacinete, sem transição brusca origina-se o ureter, cujo percurso na sua porção inicial coincide com o eixo longitudinal do rim, apresentando o parenchima renal uma leve impressão pela sua passagem.

As arterias e as veias são assymetricas e multiphas para ambos os rins. Para o rim direito dirigem-se tres arterias, uma **superior**, principal, que originando-se da aorta abdominal ao nivel da I V. L., tem um trajecto quasi horisontal, passando atraz da veia cava inferior, tres centimetros após a sua origem se bifurca em dois ramos, um anterior e outro posterior, os quaes, após algumas ramificações penetram pela parte superior do hilo no parenchima renal; uma **media**, extra-hilar de pequeno calibre, originando-se da aorta 5 cm. abaixo da precedente se dirige para a face posterior do isthmo onde se bifurca num ramo superior, ascendente que penetra no labio

posterior do hilo, e um ramo inferior que penetra na parede media da face posterior do isthmo; finalmente uma terceira arteriola, **inferior**, originando-se da superficie anterior da arteria iliaca commum direita, ao nivel da bifurcação da aorta, com trajecto recorrente, penetra pela parte superior do sulco direito.

Para o rim esquerdo temos quatro ramos arteriaes. Um **superior**, principal, que se originando da aorta abdominal ao mesmo nivel que a homologa do lado opposto, após um trajecto ligeiramente descendente para a esquerda se bifurca em dois ramos, superior e inferior, os quaes penetram no rim pela parte superior e posterior do calice superior; duas arteriolas **medias**, originadas isoladamente da aorta, attingem o rim ao nivel da chanfradura medial inferior, penetrando no parenchima renal da face anterior; uma quarta arteriola **inferior**, proveniente da face medial da arteria iliaca commum esquerda, a alguns mm. abaixo da homologa do lado opposto, se dirige para a parte inferior do sulco esquerdo.

Quanto ás veias, notamos duas para o rim direito e quatro para o esquerdo. Da parte superior do hilo direito se constitue um gròsso tronco venoso correspondente á veia renal normal, o qual dirigindo-se obliquamente para cima, para dentro e para a frente se lança na veia cava inferior. Uma segunda veia, delgada, sae da porção inferior do sulco direito, dirigindo-se para baixo e para dentro, cruzando anteriormente a arteria iliaca commum direita, vae lançar-se na superficie anterior da veia iliaca commum esquerda, por um tronco commum com uma veia symetrica, proveniente da parte inferior do sulco esquerdo. Além desta ultima venula o rim esquerdo possui ainda mais tres, das quaes uma superior, volumosa, correspondente á veia renal normal, que formando-se na parte superior do hilo esquerdo decorre obliquamente para cima e para a direita, recebe no seu percurso uma veia supra renal lançando-se após um trajecto de mais ou menos 8 cms. na veia cava inferior. Uma outra veia accessoria, nascendo no porto de penetração das duas arteriolas medias, caminha a principio entre ellas, ganha a face posterior da aorta, onde se junta a outra veia proveniente da parede abdominal posterior formando um tronco, ao qual se une uma segunda veia accessoria renal, que, originada entre os calices superior e medio do rim esquerdo, cruza a margem medial deste rim entre as duas incisuras. O grosso tronco resultante da reunião das duas veias renaes accessorias, e da veia abdominal posterior mede mais ou menos 4 m.m. de calibre, e desemboca na veia cava inferior ao nivel da parte alta da II V L.

Como complemento a esta descripção acrescentamos que as capsulas supra-renaes occupavam as posições normaes, sendo conti-

guas aos polos superiores de ambos os rins, visto como o deslocamento para baixo da massa renal foi insignificante. Tambem os ureteres, apesar de resultarem de pelvis anormais apresentam um percurso e relações perfeitamente normaes.

Damos algumas medidas, tomadas da preparação do nosso caso:

Distancia entre os dois polos superiores .	cms.	8,1
Margem convexa	cms.	37.
Margem concava	cms.	20.

Rim direito:

Altura	cms.	11,6;
Largura	cms.	4,3;
Espessura na parte media	cms.	2.

Rim esquerdo:

Altura	cms.	14,7
Largura	cms.	4,4
Espessura na parte media	cms.	2,7

Isthmo:

Espessura	cms.	1,6
Altura	cms.	3,9
Distancia entre os dois sulcos	cms.	3,8

Entendemos limitar esta nota á rapida descripção do caso, no qual não encontramos, de outra parte, particularidades que possam parecer novas ou pouco conhecidas.

A massa renal é ligeiramente deslocada para baixo, porem muito menos do que se observa na maioria dos casos deste grupo (Muthmann. 1907); e possui vasos arteriosos e venosos multiplos, o que é normal nestas anomalias.

Temos uma assymetria notavel pela conformação e disposição dos dois rins. De facto o rim direito apresenta uma parte do hilo, a superior, em forma de uma fossa em fissura, correspondendo á parte de um seio renal normal, emquanto que este falta na parte inferior, onde os calices se continuam com o parenchima na face anterior. A' esquerda, o seio é completamente ausente, verificando-se a continuidade dos calices primarios, exclusivamente na face anterior do rim.

E' facil uma explicação desta assymetria.

A direita o rim simplesmente iniciou, mas não completou a sua rotação, segundo o seu eixo longitudinal, como acontece no seu

desenvolvimento normal, resultando assim mais uma torsão do que uma verdadeira rotação. A extremidade inferior do hilo, provavelmente porque o polo inferior foi forçado na sua posição primitiva pela continuidade com o parenchima renal do lado opposto, está voltado para deante; a superior, pelo contrario, reentrante, constitue um esboço de seio renal, aberto medialmente.

Contrariamente ao que notamos para o rim direito, o hilo esquerdo está inteiramente deslocado sobre a face anterior, de modo que podemos affirmar que neste rim não houve a minima rotação ao longo do eixo longitudinal.

Esta parada, completa ou incompleta, da rotação normal é muito commum nos rins em ferradura, rins unicos, rins ectopicos, etc. (Watt — 1920)

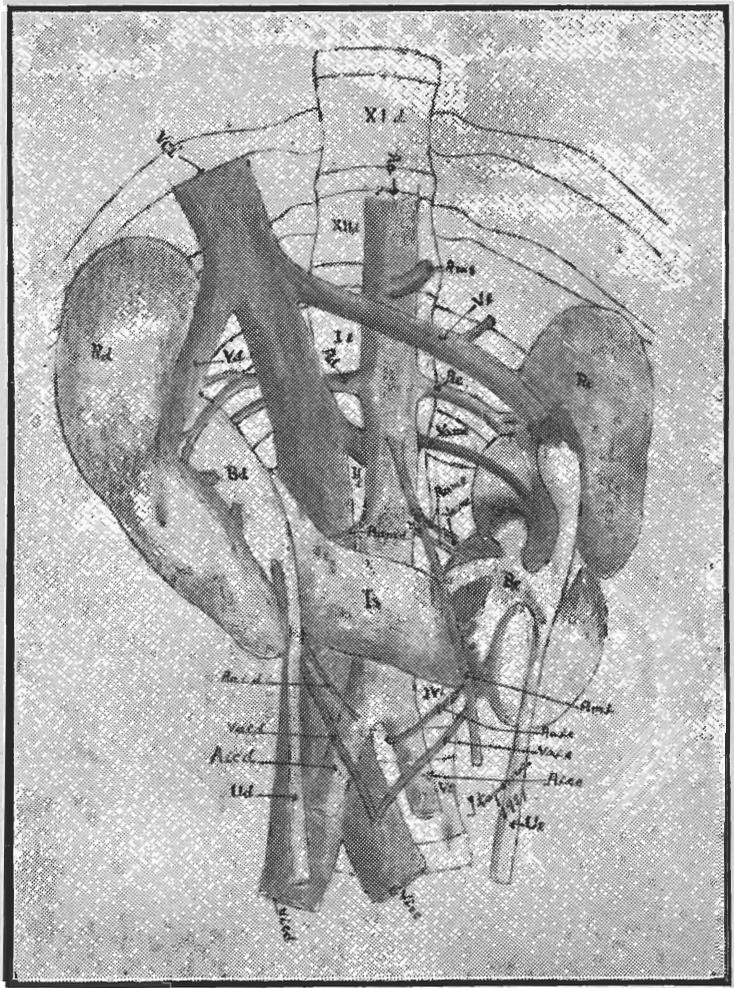
Merece talvez particular consideração a disposição descripta das veias accessorias á esquerda, e sobre tudo a união da accessoria superior com um tronco venoso parietal proveniente da parede abdominal posterior esquerda e decorrente acima das inserções do musculo psoas desde a IV até a II V. L. Este tronco provavelmente é uma forma rudimentar de persistencia da veia cardinal posterior esquerda. Sobre esta persistencia temos um valioso trabalho recentissimo de Benjamim Baptista (1921), persistencia essa também commum com maior ou menor evidencia nos casos de alteração do desenvolvimento da parte proximal dos aparelhos urinario e genital.

A explicação mais provavel quanto á genese formal da anomalia por nós descripta, é que a fusão dos dois polos caudaes se deu num periodo no qual dois esboços renaes são muito approximados, principalmente pelos polos inferiores. O tecido mesodermico entre os metanephros desaparece ou não realisa o seu desenvolvimento normal. Por motivos que não estão ainda determinados os polos inferiores dos rins acham-se muito precocemente em condições de se fundirem.

Esta fusão explica, como já deixamos entrever, a parada successiva da rotação ao longo do eixo longitudinal (Huntigton, Mc. Murrich. Bastos D'Avila e outros).

Finalmente mereceria uma particular menção o papel pathogenetico e o valor pratico que pode apresentar o rim em ferradura, mas para não sahir dos limites a que nos cingimos, e sabendo que um nosso distincto collega, M. Galvão está tratando desse argumento, como assumpto de these, deixamos completamente de lado esta parte.

São Paulo, 15 de outubro de 1921.



XI D. — XII D. — 11^a e 12^a vertebrae dorsales.

I L. — II L. — IV L. e V L. — 1^a, 2^a, 4^a e 5^a vertebrae lombares.

Rd. — rim direito; **Re.** — rim esquerdo; **Bd.** — bacinete direito; **Be.** — bacinete esquerdo; **Is.** — isthmo renal; **Vci.** — veia cava inferior; **Vd.** — veia renal principal direita; **Ve.** — veia renal principal esquerda; **Vame.** — veias accessorias mediaes esquerdas (reunindo-se posteriormente á aorta com um tronco venoso parietal representante da veia cardinal posterior esquerda); **Vaid.** — veia renal accessoria inferior direita; **Vaie.** — veia renal accessoria inferior esquerda; **Vied.** — veia iliaca commun direita; **Vice.** — veia iliaca commun esquerda; **Aa.** — arteria aorta abdominal; **Ams.** — arteria mesenterica superior; **Ad.** — arteria renal principal direita; **Ae.** — arteria renal principal esquerda; **Aamd.** — arteria accessoria medial direita; **Aame.** — arterias accessorias mediaes esquerdas; **Aaid.** — arteria accessoria inferior direita; **Aaie.** — arteria accessoria inferior esquerda; **Aied.** — arteria iliaca commun direita; **Aice.** — arteria iliaca commun esquerda; **Ami.** — arteria mesenterica inferior; **Ud.** — ureter direito; **Ue.** — ureter esquerdo.

NOTICIARIO

DIRECTORIA DO CENTRO

Realizaram-se no mez de Novembro do anno passado, em primeira chamada para sessão extrahordinaria, as eleições para o preenchimento dos diversos cargos da directoria que deve reger os destinos do Centro em 1922. As candidaturas foram muitas, facto esse que levou ás urnas numero muito elevado de socios. Aberta a sessão sob a presidencia do Sr. Waldemar de B. Pessoa, foram as urnas abertas ás 8 horas da manhã e fechadas ás 5 da tarde; feita a apuração, o Sr. Presidente proclamou eleita a seguinte directoria:

Presidente	Felicio Cintra do Prado
Vice-presidente	Paulo de A. Marques Sâes
1.º Secretario	Benedicto da C. Campos
2.º Secretario	Alvaro dos Santos Fórtes
1.º Thesoureiro	Carlos Alberto P. Leitão Filho
2.º Thesoureiro	Domingos Larocca
1.º Orador	Alipio Correia Netto
2.º Orador	Antonio da Palma Guimarães
Bibliothecario	Gastão Fleury da Silveira.

O Sr Felicio C. do Prado, actual presidente do Centro, escolheu como seus auxiliares de Directoria os Srs. Max de Barros Erhardt, Alcides Ayrosa e Marcos Lindenberg, delegando-lhes poderes para dirigirem e desenvolverem respectivamente o cultivo dos Sports entre os alumnos da Faculdade, o serviço de tratamento e prophylaxia da Syphilis já mantido pelo Centro e a publicação regular da Revista de Medicina.

Assim agindo, procura o Sr. Presidente alargar e estender o mais possivel a acção de nossa Sociedade nesses tres sentidos, tornando-a de facto uma agremiação util.

DR. EDMUNDO XAVIER

Deixou, por exoneração a pedido, a directoria de nossa Escola, o Dr. Edmundo Xavier, cathedratico de Physica Medica; esse cargo, vinha-o sua Excia. occupando desde Fevereiro de 1921, tendo tido durante este periodo de direcção varias occasiões em que poudo mostrar ante difficuldades quasi insuperaveis, a energia e a independencia de sua accção.

Entre os muitos serviços por elle prestados, cumpre notar aquelles realizados no sentido de serem reconhecidos pelo Governo Federal os diplomas conferidos em S. Paulo; assim sendo, teremos talvez satisfeita em breve essa nossa aspiração, pela qual aliás tambem já se tem o Centro interessado varias vezes.

* * *

DR. CELESTINO BOURROUL

Em substituição ao Dr. Edmundo Xavier, foi nomeado director da Faculdade o Dr. Celestino Bourroul, cathedratico de Parasitologia. A cerimonia da posse, realizou-se no dia 2 de Março, estando a ella presentes os membros da Congregação, grande numero de medicos e alumnos da Faculdade.

Introduzido o novo director no recinto, e por elle prestado o compromisso, saudou-o o Dr. Alves Lima em nome da Congregação; teve em seguida a palavra o Sr. Alipio Correia Netto, orador do Centro Oswaldo Cruz, que saudou o novo director em nome dessa agremiação. Fallou por ultimo o Dr. Celestino Bourroul, que ao terminar recebeu calorosos e prolongados applausos.

* * *

DR. CELESTINO BOURROUL

Realizou-se no dia 19 de Março p. p., no Trianon, em homenagem ao Dr. Celestino Bourroul um banquete, que seus amigos, collegas e admiradores lhe offereceram em regosijo pela sua nomeação para o cargo de director da nossa Faculdade. Saudaram o Dr. C. Bourroul nessa occasião os Drs. Enjolras Vampré e João Dente; levantou-se em seguida o homenageado que agradeceu aos seus collegas aquella manifestação, a qual primou pelo cunho de franqueza e amizade que a ella emprestaram os seus organizadores.

* * *

DR. FRANCO DA ROCHA

Realizou-se no mez de Março p. p. uma reunião promovida pelos alumnos da Faculdade, em que pudessem exprimir ao Dr. Franco da Rocha o seu pezar pelo seu pedido de exoneração apresentado ao Sr. Secretario do Interior, e pedir-lhe a reconsideração do acto. A sessão foi presidida pelo Dr. Celestino Bourroul, nosso director e a ella compareceram muitos membros do corpo docente, e a quasi totalidade do corpo discente. Falou em primeiro lugar o Sr. Alipio C. Netto em nome dos alumnos, e em seguida o Sr. Felicio C. Prado em nome dos sexto-annistas.

O Dr. Franco da Rocha, em breves palavras agradeceu a manifestação, e declarou retirar o pedido de exoneração de accordo com o desejo expresso pelos alumnos.

* * *

DRS. RICHARD PEARCE E F. F. RUSSEL

Realizou-se sabbado, 11 de Março, no Butantan, em homenagem aos Drs. Richard Pearce e F. F. Russel uma sessão organizada pelo director daquelle Instituto, Prof. R. Krauss; a essa sessão, para a qual o Centro foi convidado, estiveram presentes muitos medicos e alumnos; nella foram lidos e apresentados varios trabalhos scientificos, alguns seguidos pelas necessarias projecções luminosas e experimentações em animaes.

* * *

FESTA DOS CALOUROS

Fez-se a 25 do mez passado a tradicional festa dedicada aos calouros e novatos da Escola; no campo do Palestra Italia realizou-se por essa occasião um match de foot-ball entre a turma do 5.º anno e outra formada com alumnos de outros annos. A festa que correu em perfeita ordem, foi muito apreciada, sendo dada em seguida uma volta pelo centro da cidade.

* * *

FORMATURA DOS DOUTORANDOS

Realizou-se a 23 de Março no pavilhão do Jardim da Infancia a sessão solemne para a formatura da turma de doutorandos que este anno terminou o curso da Faculdade; á sessão, que foi presi-

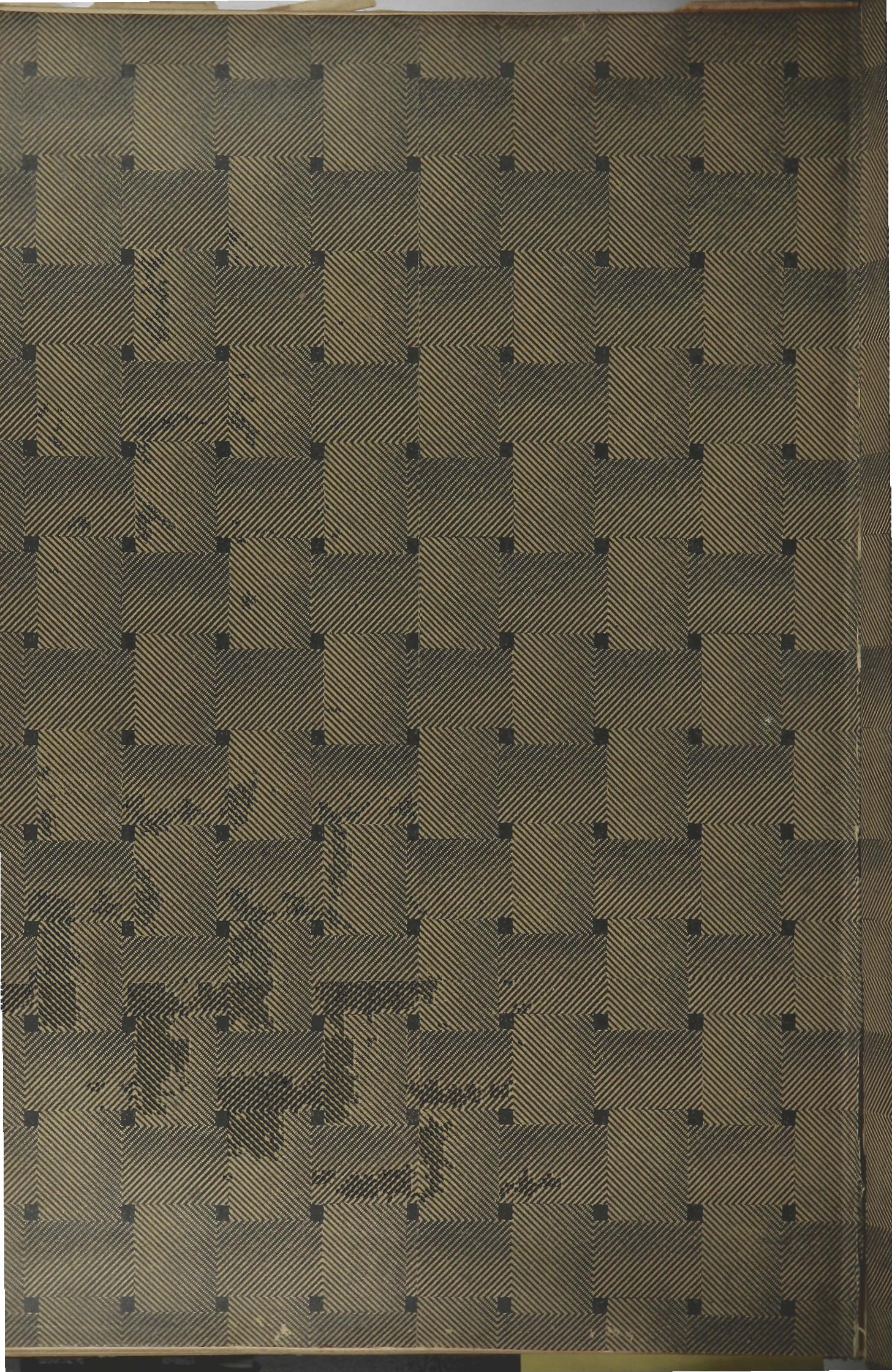
dida pelo Dr. Celestino Bourroul, compareceram autoridades representativas dos poderes estaduais, grande numero de familias e estudantes.

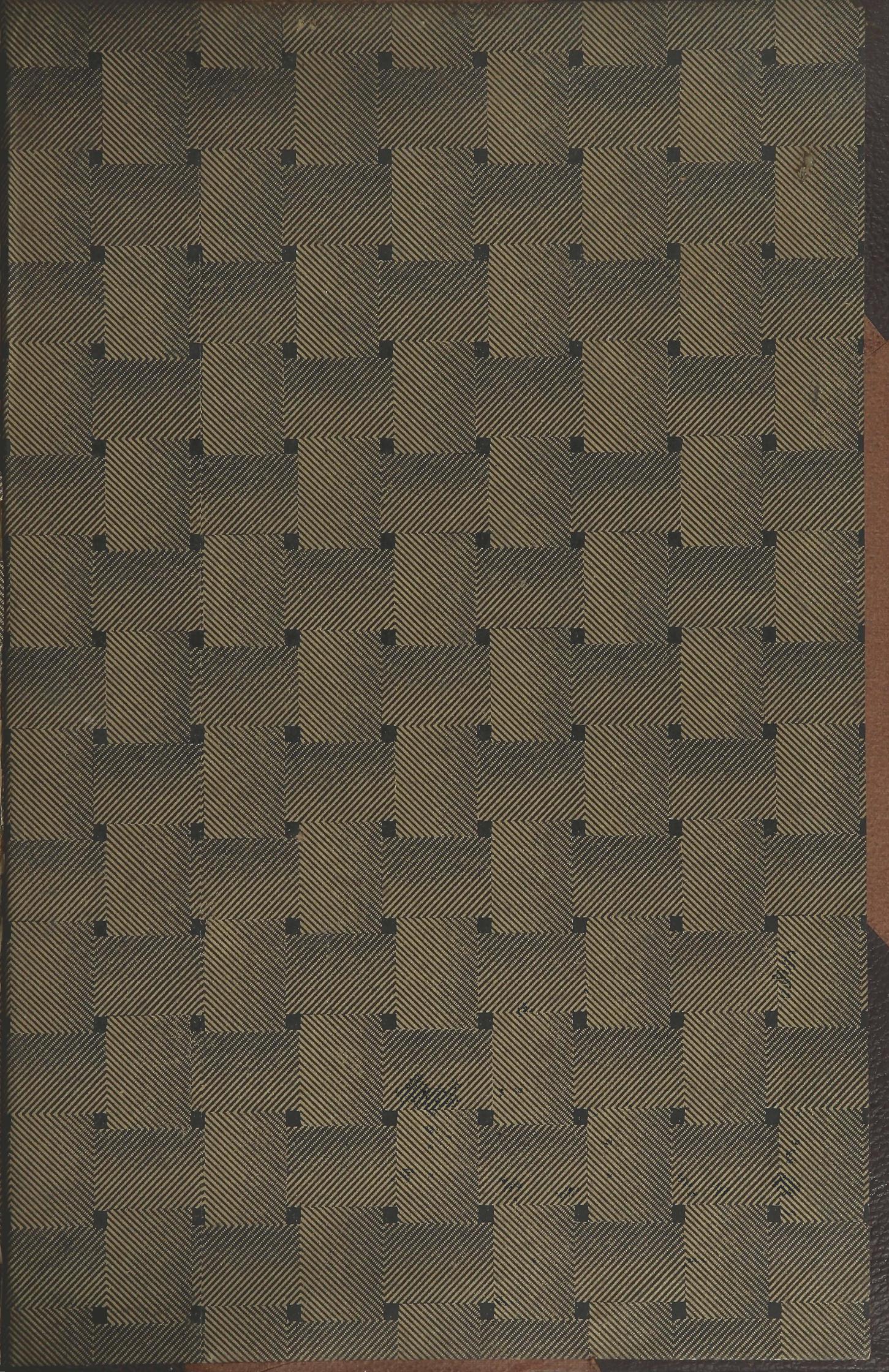
Sob calorosas palmas da assistencia, prestaram juramento e receberam o anel os Srs. Francisco Genovez, Samuel Barnsley Pessôa, Mario de Souza Murse, Eduardo da Costa Manso, Antonio Ferreira de Almeida Junior, Carlos Napoleão La Terza, Valentin del Nero, Francisco Patti, Waldemar Barnsley Pessôa, Cid Cordeiro Prestes, Joaquim Onofre de Araujo, Juvenal Ricardo Meyer, José Stillitano Junior, Benjamin Alves Ribeiro, Mario da Costa Galvão, João de Castro Simeões, Seth Ferraz, Messias Teixeira de Camargo Filho, João Vicente Ferrão, João Maria Rollemberg Sampaio, Accacio Palma Guião.

* * *

SE'DE SOCIAL

Está finalmente satisfeita a velha aspiração dos alumnos dessa Faculdade, qual a de uma séde para o Centro Academico. Foi ella realizada graças á actividade de nosso presidente, Felicio C. do Prado, que para tal não poupou esforços, e á boa vontade dos directores do Instituto de Hygiene, Prof. W. Smillie e G. Paula Souza, que cederam ao Centro duas salas do predio em que funciona esse Instituto. Numa dellas foi montada a Sala de Sessões, e na outra a Bibliotheca; ahi encontram os socios, além dos livros, jogos com que passarem alguns momentos de lazer.





ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).