

ANNO I

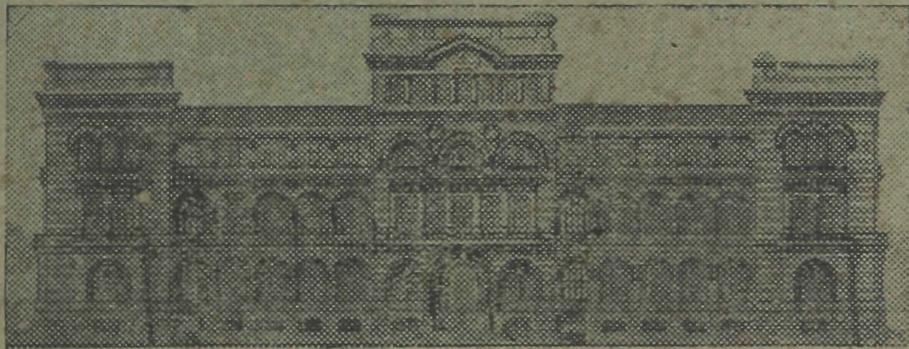
□ □ SÃO PAULO, AGOSTO DE 1916 □ □

NUM. 2

# REVISTA DE **M**EDICINA



ORGÃO DO CENTRO ACADÊMICO  
"OSWALDO CRUZ"  
DA FACULDADE DE MEDICINA  
E CIRURGIA DE SÃO PAULO. ≡



≡ COMISSÃO DE REDACÇÃO

Presidente : Ernesto de Souza Campos  
Redactor-chefe : Jayme Candelaria  
Redactor-secretario : Altino Antunes  
Redactores revisores : Flaminio Favero  
e A. de Almeida Junior  
Redactores geraes : Ibrahim C. Madeira  
e J. Cardoso.



## Expediente

*Assignatura para 12 numeros . 10\$000*

*Numero avulso . . . . . 2\$000*

*:: Cada 6 numeros constituem um volume. ::*

*Serão publicados no minimo 6 numeros por anno.*



*Toda correspondencia referente á  
"Revista" deve ser dirigida ao  
redactor-secretario, á Rua Briga-  
deiro Tobias, 1 - S. PAULO ::*



N. 2



S. Paulo, Agosto de 1916



Vol. I

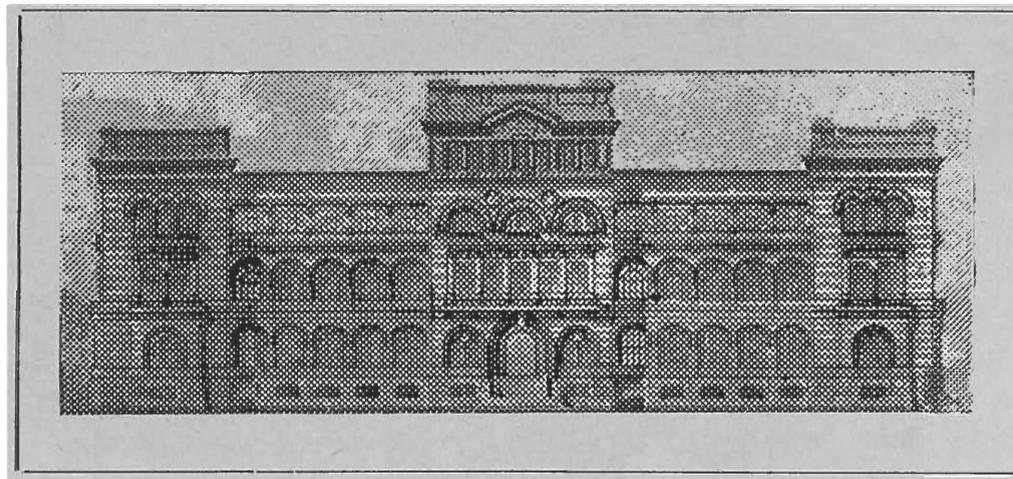
# Revista de Medicina

*Orgam do Centro Academico*

*"Oswaldo Cruz"*

*da Faculdade de Medicina e*

*Cirurgia de S. Paulo.*



## **COMMISSÃO DE REDACÇÃO**

*Presidente: Ernesto de Souza Campos*

*Redactor-chefe: Jayme Gandelaria*

*Redactor-secretario: Alfino Antunes*

*Redactores revisores: Flaminio Favero e A.  
de Almeida junior.*

*Redactores geraes: Ibrahim C. Madeira e  
J. Cardoso*



---

---

# Naevus, naevus pigmentoso e melano-sarcoma

---

Pelo Prof. Dr. **Walther Habermeld**,  
Cathedratico de Anatomia-Pathologia da  
Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

Um grande numero de dermatologistas inclue sob a denominação de “naevus” muitos tumores differentes, pequenos e grandes, assim por ex.: as keratodermias, os tumores cheloides, etc.

Antigamente chamava-se “naevus” toda anomalia cutanea circumscripta que se distinguisse pela cor e, pela sua permanencia durante toda a vida, se apresentasse quasi como um signo individual. Essa definição é valida ainda hoje.

A melhor definição de naevus foi dada por Unna: anomalias cutaneas circumscriptas e pequenas, de disposição hereditaria ou de formação embryonaria, as quaes apparecem em qualquer época da vida, possuem um desenvolvimento muito lento e se distinguem pela sua cor e forma.

As anomalias cutaneas circumscriptas, pigmentosas ou fibrosas, de volume *grande*, pertencem anatomicamente ao mesmo grupo, e são, por isso, denominadas naevi gigantes.

Não pertence ao nosso assumpto discutir a justificação das diversas subdivisões do naevus, assumpto esse que faz parte da dermatologia. Queremos, apenas, salientar que, logicamente, abstracção feita do naevus vasculoso, cuja denominação melhor seria a de “hemangioma”, deveriamos chamar de naevus apenas os tumores cutaneos que se caracterisam pela presença das tão discutidas *cellulas de naevus*.

Essas cellulas de naevus se reúnem sempre em grupos ou em ilhotas, separadas por feixes de tecido conjuntivo. A fórma dessas ilhotas é oval ou alongada, ás vezes muito alongada, e na base do naevus as ilhotas são menores e mais unidas, afastando-se para a superficie cutanea (isto é, para cima) em fórma de leque (não existe ahi a contra-pressão das fibras elasticas da sub-cutis; por esse motivo, dá-se também a saliencia na superficie).

Entre essas ilhotas e as cellulas epidermicas existe quasi sempre tecido conjuntivo, isto é, raramente as *cellulas de naevus* chegam até o contacto immediato com a epiderme. Essas cellulas são de tamanho medio, menores do que as cellulas epidermicas, de fórma redonda-oval, com nucleo relativamente grande e vesiculoso, podem ter ou não pigmento melanico.

A proveniencia das cellulas de naevus é até hoje uma questão não resolvida. Recklinghausen e depois d'elle muitos outros as consideram como provenientes de endothelios dos vasos lymphaticos, chamando os naevus de *lymphangiobroma*. Recklinghausen quasi só dava provas negativas, excluindo da formação do naevus os nervos, as glandulas sudoriparas, arterias, veias, etc. As ilhotas nascem, dizem os autores, por proliferação dos endothelios lymphaticos até a occlusão da luz do vaso. O endothelio lymphatico que reveste a periphéria das ilhotas prova que se trata de vasos lymphaticos (Borst).

E, com effeito, em certos naevus, é possivel ver uma formação analoga. (Vide fig. I).

Uma segunda opinião consiste em que as cellulas de naevus sejam de origem *epithelial*, respectivamente epidermal, opinião aventada e defendida por Unna. Baseia-se sobre os seguintes factos: podemos observar nas manchas pigmentosas das crianças (estas são de estructura differente das do adulto) uma proliferação de cellulas epidermicas com invasão da cutis. Estas cellulas entram depois num processo de metaplasia regressiva, perdendo a propriedade de producção de fibras protoplasmaticas, tão caracteristicas para as cellulas epidermicas. Aquellas cellulas proliferadas têm tendencia a se separar da "matrix" (pelo chamado processo de *Abtropfen* — cahir em fórma de gotta), ficando

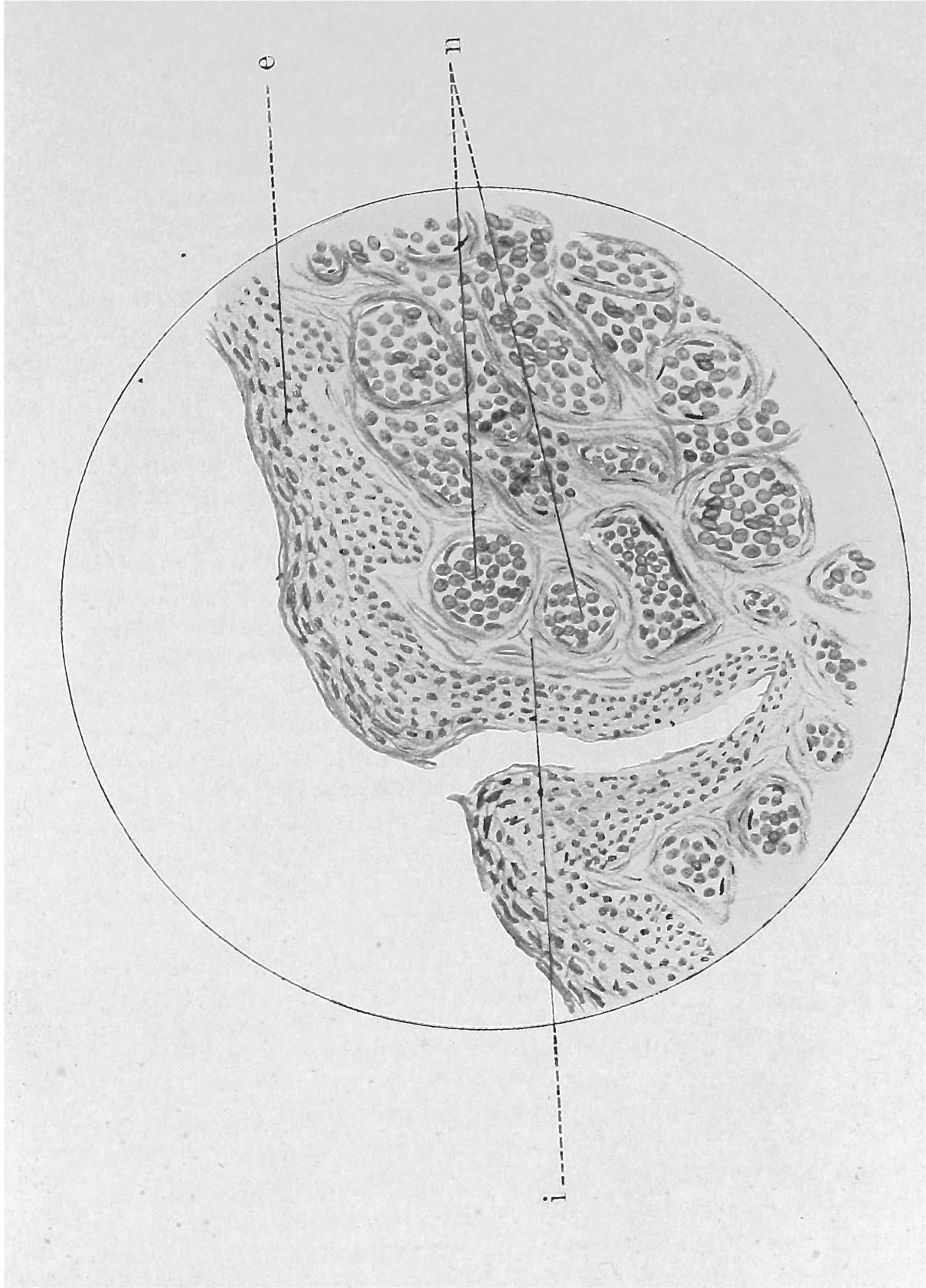


Fig. 1



envolvidas por tecido conjuntivo e por este separadas em ilhotas. Conservam, porém, todos os signaes de sua origem epithelial: nucleo vesiculoso, ausencia completa de qualquer substancia intercellular. (Vide fig. II)

Ribbert, que, no principio, era partidario da opinião de Recklinghausen, formou nova explicação sobre a formação das cellulas de naevus: sua origem *chromatophorica*, isto é, de natureza conjuntiva, apoiando-se no facto de existir uma substancia intercellular fibrillar entre as cellulas, que assim ficam circumdadas, cada uma, por uma rêde de fibrillas. Elle considera essas cellulas de naevus como pre-phase não diferenciada dos chromatophoros; por esta mesma razão não apresentam necessariamente a ramificação caracteristica dos chromatophoros nem seu pigmento melanico. Estas cellulas podem ser e deixar de ser pigmentadas. Uma outra prova da relação acima mencionada é o facto de se poder observar chromatophoros typicos situados entre o naevus e a epiderme, que penetram com seus prolongamentos entre as cellulas de naevus, e, ainda mais, ás vezes, demonstram uma transição directa para com as cellulas de naevus.

Como em todas as questões controversas da medicina, acontece tambem aqui que quanto mais aprofundado se torna o estudo do assumpto discutido, tanto menos fica simplificado, como se poderia pensar *a priori*; ao contrario, apresentam-se mais cheias de pontos duvidosos. Se devéras pudessemos observar em todos os naevi aquella substancia inter-cellular fibrillar de Ribbert, então, a origem conjuntiva do naevus estaria resolvida; porque não seria logico concluir com os partidarios de Unna que esta rêde fibrillar fosse o resto do tecido conjuntivo preexistente. Estes restos poderiam ser apenas fasciculos grossos, mas, nunca fibrillas finas rodeando as cellulas. Ainda menos se justifica a opinião de Krompecher, partidario de Unna, de que esta rêde fibrillar deveria ser explicada por uma metaplasia das cellulas epidermicas em cellulas conjuntivas. De outro lado, porém, ha muitos autores que negam decididamente a existencia verdadeira da rêde fibrillar, autores estes que pretendem ter seguido rigorosamente a technica de Ribbert. Ribbert, por sua vez, explica o processo de *Abtropfen* de Unna como erro de interpretação, isto é, não como transição de

cellulas epidermicas para as cellulas de naevus, mas, julga e demonstra sua these por figuras, dizendo que, mesmo em caso de transição apparente entre as cellulas mencionadas, estas duas cellulas sempre têm differenças nitidas e nunca apresentam uma transição verdadeira e, ainda mais, que estas cellulas de naevus já se caracterisaram antes como chromatophoros ou congeneres. (Vide fig. III).

A discussão sobre a genesis das cellulas de naevus só poderá ser definitivamente decidida, quando tivermos noções mais certas sobre a formação do pigmento melânico.

Ha bem pouco tempo, a formação deste pigmento melânico se ligou sómente aos chromatophoros, isto é, ás cellulas mesenchymaes; attribuiu-se, depois, tambem ás cellulas epitheliaes, respectivamente ectodermicas (cerebro!). Ultimamente, ha muitos autores que sustentam a these de que, *unicamente* as cellulas epidermicas sejam capazes da producção de pigmento e que os chromatophoros da pelle, por exemplo, retiram o pigmento das cellulas epidermicas, isto é, o possuem secundariamente sem o formar. Assim tambem, o pigmento na choroidea e na iris que, como é sabido, apresentam um numero enorme de chromatophoros, não deve ser formado nestas cellulas, mas, nas cellulas da retina, de origem ectodermica e dahi retirado pelos chromatophoros.

Como devemos então explicar a *relação* entre o naevus pigmentoso e melano-sarcoma clinica e anatomo-pathologicamente estabelecida?

O simples facto de que as cellulas do melano-sarcoma são tão differentes das do naevus e de que na dissecção apresentam fibrillas e prolongamentos similes aos dos chromatophoros, demonstra que a relação não póde ser directa; além disso, as cellulas do naevus e seus nucleos são muito menores do que as do melano-sarcoma. Outro facto ainda, em pequenos melano-sarcomas nascidos na visinhança de naevus pode-se observar o seguinte: o melano-sarcoma existe ao lado do naevus, desviando-o pela sua proliferação e podendo, ainda, penetrar entre as cellulas do naevus, (Verdade é que isto não fala em absoluto contra a origem de cellulas de naevus; pois que a neoformação podia provir só de uma parte das cellulas de naevus com compressão consecutiva das

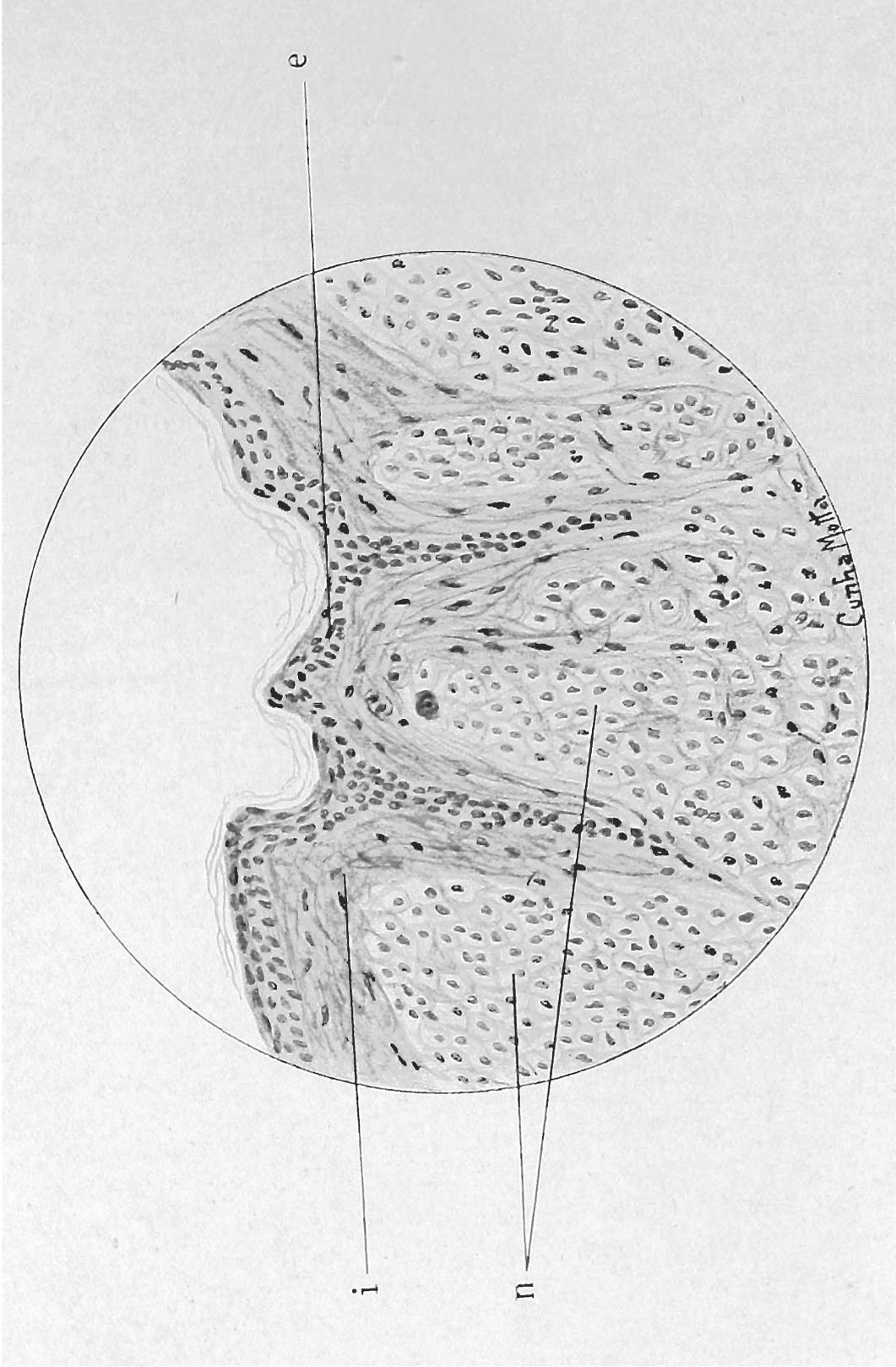


Fig. II



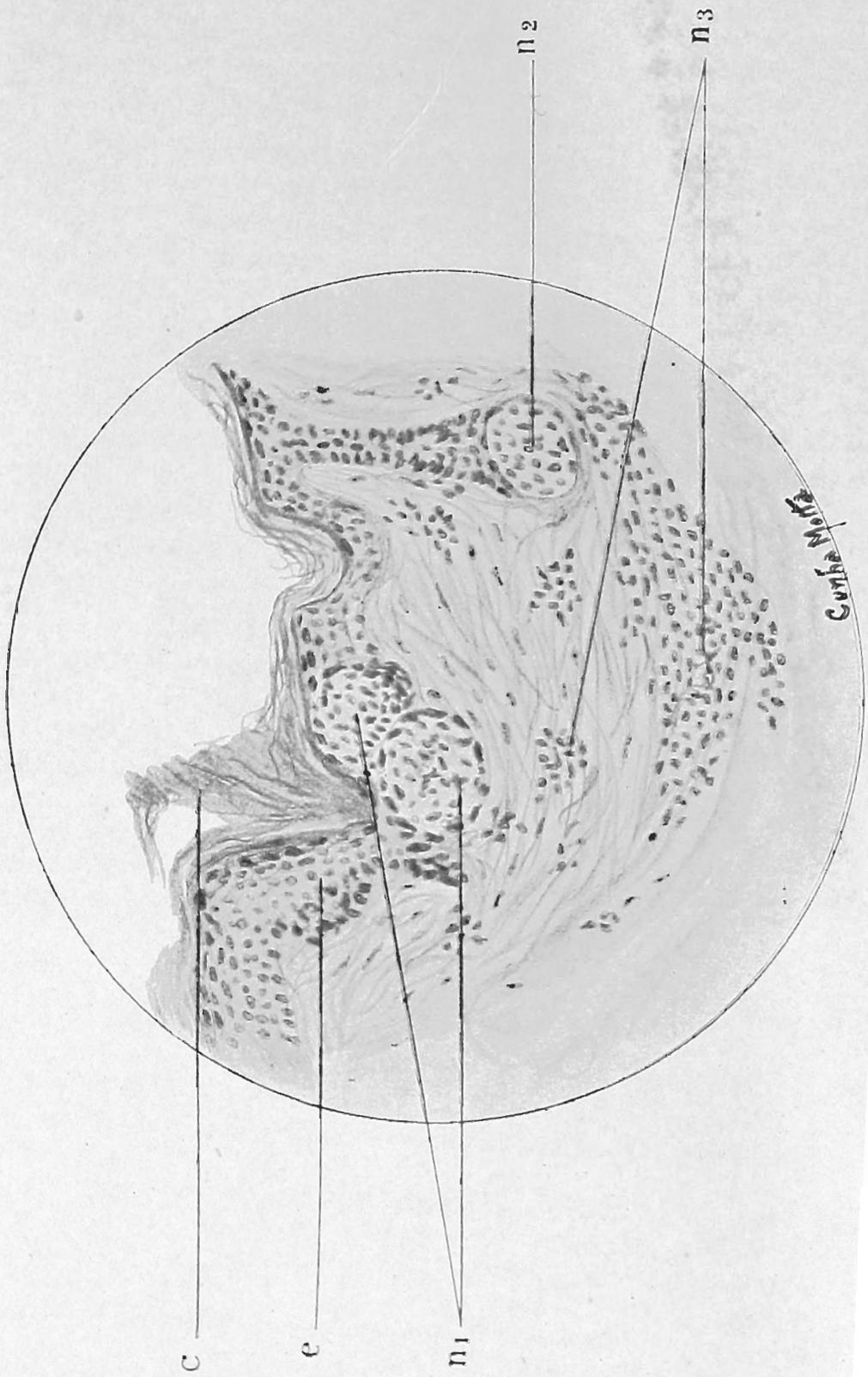


Fig. III



outras). Ha, tambem, melano-sarcomas, cujo desenvolvimento não se póde relacionar com cellulas de naevus, porque não existia anteriormente um naevus.

Podemos então dizer com certeza que as cellulas do melanoma se originam dos chromatophoros e não de cellulas de naevus. Comprehendemos facilmente que os melano-sarcomas se desenvolvem sobretudo em naevus pigmentosos que apresentam *grande numero* de cellulas chromatophoras. Ao principio se formam sómente melanomas, isto é, chromatophoromas pequenos, clinicamente benignos, que, mais tarde, talvez, sob a influencia de traumatismos communs ou therapeuticos se transformam em chromatophoromas malignos, chamados melano-sarcomas.

A relação unica entre o naevus e o melano-sarcoma consistiria, então, em que a presença anterior de um naevus *ipso facto* demonstrasse a presença de uma perturbação no tecido conjunctivo pigmentado, perturbação esta que mais tarde se póde manifestar pelo desenvolvimento de um melano-sarcoma. Naevus e melanomas têm então a mesma causa: perturbação no tecido conjunctivo pigmentado. Mas, não ha entre elles relação de causa e effeito.

N. B. — Caso ficasse provada a origem epithelial dos naevus, não se deveria, ao menos em certos tumores, falar de um melano-sarcoma, mas, de melano-*carcinoma*.

\* \* \*

Explicação das figuras.

Figura I. **Naevus não pigmentoso da pelle.** Observa-se nitidamente a estructura alveolar como ás vezes tambem no melano-sarcoma, mas, ao mesmo tempo, faz lembrar um lymphangioma hypertrophico.

As cellulas de naevus (n) encontram-se aparentemente dentro de uma luz preformada, revestida de cellulas chatas, dando a apparencia de cellulas endotheliaes. e=epiderme; i=tecido conjunctivo da cutis.

Fig. II. **Naevus plano,** com cellulas de naevus de apparencia epithelial (muito protoplasma, bem limitado, nucleo vesiculoso). Estas cellulas são separadas da epiderme (e) pelo tecido conjunctivo (i).

Fig III. **Naevus pigmentoso.** Aqui se encontram as cellulas de naevus (n. 1 e n. 2) em parte, em continuação directa com as cellu-

las da epiderme, mas, apesar desta relação topographica intima, differenciam-se muito bem das cellulas epidermicas, formando ilhotas bem limitadas.

$n_1$  = ilhotas de cellulas de naevus intraepidermicas, pigmentadas.

$n_2$  = ilhotas intra-epidermicas, não pigmentadas.

$n_3$  = cellulas de naevus espalhadas no tecido sub-epidermico.

e = epiderme com cellulas basaes pigmentadas.

c = stratum corneum.



## O corpo calloso e as apraxias

Conferencia realisada no Centro Academico "Oswaldo Cruz", em 12-VIII-1916, pelo 4.º annista de Medicina, João Procopio.

Meus senhores:

Cabe-nos a immensa honra de inaugurar com este despretencioso e modesto trabalho, a série de conferencias de alumnos, em boa hora instituida pelo Centro Academico "Oswaldo Cruz".

Não fosse a intenção de collaborar com os dedicados collegas de Directoria, pondo em campo as pequenissimas e escassas forças de que dispomos, em pról do programma a que o "Centro" se propoz, não fosse o confiar na magnanimidade excessiva dos que vão ouvir a nossa palavra desconcertada e sem brilho, sem duvida haviamos de succumbir ao fardo que, braços vigorosos, mas, benevolentes, depuzeram sobre nossos hombros inexperientes e frageis.

A este trabalho, ainda que mostre a boa vontade de quem procurou fazel-o, falta por inteiro a originalidade; não vamos dizer cousas novas, não vamos trazer á luz da sciencia verdades por nós descobertas; o que procuramos realisar, é deixar aberta a estrada em que vós, meus distinctos collegas, haveis de jorrar as luzes do vosso incansavel esforço, das vossas pacientes observações, do vosso inces-

sante e continuo trabalho. E o “Centro”, confiando cegamente em vós, espera em vós encontrar o arrimo necessario para desenvolver cada vez mais o ambito de suas aspirações.

Ao emerito Professor que, com a proficiencia e illustração de um sabio e a devoção de um apóstolo, empresta á cathedra de Physiologia desta Faculdade a gloria de seu nome — pedimos venia para dedicar este singelo e humilde trabalho. Esta apagada mas sincera homenagem que desejamos prestar ao nosso insigne Mestre, retrata a gratidão e amizade que nossos corações reconhecidos abrigaram desde o dia venturoso em que tivemos a suprema felicidade de ouvi-lo. A convivencia pelo espaço de dois annos com o prezado Professor, os ensinamentos proveitosos que a todo o instante se desprendiam de seus labios sempre promptos para esclarecer as duvidas de seus discipulos, nos habituaram ao amor pelo trabalho e pela sciencia; com estas singelas palavras não fazemos senão reproduzir, excepto a eloquencia e a erudição peculiares ao distincto Mestre, uma das brilhantes aulas que sobre a physiologia nervosa nos deu o Professor Dr. Ovidio Pires de Campos.

\* \* \*

Sob a denominação de *corpo colloso*, comprehendemos uma larga ponte de substancia branca que vincula o cerebro direito ao cerebro esquerdo e que está situada no fundo da grande fissura interhemispherica, cujo assoalho ella fórma. E’ tambem conhecido sob o nome de *grande commissura inter-hemispherica*, denominação que a histologia justifica plena e cabalmente. Em um córte sagittal apparenta uma verdadeira abobada que se estende por sobre os nucleos opto-estriados e ventriculos telencephalicos; apresenta uma extremidade posterior — *borlete* ou *splenium* — e uma anterior, reflectida para baixo — *joelho* — terminando um pouco adiante do chiasma optico por uma parte estreita e adelgada — o *bico* ou *rostrum* —; lateralmente, projecta-se nos nemispherios correspondentes, confundindo-se apparentemente com estes ultimos.

Sem continuar estas pequenas considerações anatomicas, façamos uma breve incursão sobre a estructura do corpo calloso.

Sabe-se que o corpo medullar do telencephalo é constituído por fibras nervosas medulladas, cellulas e fibras nervroglicas. Considerando-se apenas as fibras nervosas no que concerne ás connexões que ellas estabelecem, podemos dividil-as em tres categorias: — *fibras de associação*, *fibras commissuraes* e *fibras de projecção*. As *fibras de associação*, relativamente curtas, não ousam ultrapassar os limites do hemispherio em que se originam e ao qual pertencem; ellas têm por meta unir, colligar as diversas partes de um mesmo hemispherio. As *fibras commissuraes*, um pouco mais audazes, não se circumscrevem apenas ao hemispherio em que têm sua fonte de origem, mas, garantem as relações entre as partes de um hemicerebro com as correspondentes do hemicerebro opposto. As *fibras de projecção* têm uma jurisdicção mais consideravel: são ellas que estabelecem a alliança dos hemispherios com os outros centros nervosos; algumas dessas fibras conseguem mesmo attingir os segmentos mais distaes da medulla espinhal. — Estas tres ordens de fibras que disputam a primazia na importancia e responsabilidade de suas funcções não constituem senão theoreticamente tres variedades distinctas; fibras ha que podem pertencer a varios systemas, donde a difficuldade que ha em sua classificação. Assim, uma fibra originada de uma cellula pyramidal da corticalidade cerebral póde, em um certo ponto, bifurcar-se e dar logar a um primeiro ramo que se torna uma fibra de projecção typica e um segundo ramo que se torna uma verdadeira fibra commissural; de mais, um grande numero de fibras de projecção emittem ramos collateraes que se tornam ora fibras de associação, ora fibras commissuraes. Com esta pequena reserva, pois, vejamos a parte que nos interessa — o systema commissural — deixando de lado os systemas de associação e de projecção, não por lhes confiscar a importancia e o destaque que merecem na hierarchia nervosa, mas unicamente para obedecer ás exigencias que a oportunidade nos impõe.

SYSTEMA COMMISSURAL — CORPO CALLOSO —  
O systema commissural ou interhemispherico é constituído por toda as fibras que, oriundas de um hemispherio, atravessam a linha mediana para terminar no hemispherio op-

posto. A reunião destas fibras fórma tres commissuras: 1.º) o *corpo calloso*, que contem todas as fibras commissuraes da porção neogenetica do manto cerebral; 2.º) a *commissura anterior*, que está especialmente em relação com o rhinencephalo e com os ganglios cinzentos da base; 3.º) o *psalterium*, que é a commissura da porção hyppocampica do manto cerebral.

O corpo calloso é essencialmente constituido por um numero consideravel de fibras commissuraes em geral finas, como si fossem todas formadas de ramos collateraes. Para fazermos uma idéa da quantidade destas fibras, basta comparar a secção do corpo calloso com a secção do nervo optico que, no homem, medindo 9<sup>mm</sup>,<sup>2</sup> encerra em média, segundo as pesquisas de SALAZER, 438.000 fibras nervosas.

A disposição bilateral dos centros perceptores e a unilateralidade dos centros da memoria, vêm justificar, segundo CAJAL, a existencia do corpo calloso e como consequencia a necessidade de duas especies de fibras de associação ou, pelo menos, duas especies de collateraes: umas *directas* conduzindo a metade homolateral da imagem ao centro da memoria, outras *commissuraes* ou *callosas propriamente ditas*, que conduzem a este mesmo centro a parte da imagem projectada no centro receptor do outro hemispherio. E a presença de fibras callosas nos centros de percepção é um facto que está fóra de duvidas. A anatomia pathologica que, em materia de physiologia nervosa, não cessa de jorrar luzes abundantes e profusas, ainda vem demonstrar perfeitamente a realidade destas fibras callosas. Sabe-se plenamente que em seguida a lesões da scisura calcarina e territorios visinhos, no homem, o borlete do corpo calloso se degenera. Como si esta prova não bastasse, ainda poderíamos appellar para a experimentação: CAJAL verificou, no rato e no coelho, fibras callosas que unem os dois centros de projecção visual e sensitivo-motor; os centros olfactivos de percepção, finalmente, possuem tambem, como todos nós sabemos, uma poderosa via de associação — a commissura anterior.

O conjuncto destas fibras, estabelecendo a alliança entre todos os postos do cerebro, contribúe para que a zona de actividade cerebral seja por assim dizer ampliada; ao mes-

mo tempo a união do hemispherio direito com o esquerdo, necessaria para manter o *statu-quo* do organismo em geral e das funcções psychicas em particular, não existiria na ausencia das fibras callosas.

Antigamente, não se attribuia importancia alguma ao corpo calloso; as experiencias de secção desse organo não revelavam disturbios tão graves que chegassem ao ponto de ferir as vistas dos observadores de então. As fibras commissuraes eram incluídas na zona silenciosa do cerebro. Recentemente, porém, uma pleiade illustre de scientistas notaveis, começou a encarar o problema por outro lado: em vez de praticar lesões experimentaes para consecutivamente observar os effeitos, observaram no homeni os symptomas que as lesões pathologicas produziam. E não foi a primeira nem a ultima vez que a physiologia bate á porta da clinica para lhe implorar as luzes; clinica e physiologia não se podem separar: auxiliam-se e completam-se; o methodo anatomo-clinico de Charcot é parte integrante e indispensavel da physiologia moderna. E assim é que os casos de lesões callosas foram sendo observados e estudados muito meticolosamente, desde a primitiva e simples observação de LA PEYRONIE que, em 1741, notando as desordens occasionadas pela lesão do corpo calloso, ahi enthronou a séde da alma; um seculo mais tarde, TREVIRANUS considerava-o como o organo da unidade das operações intellectuaes, organo que, conforme DUPRE', representa certamente o instrumento necessario da synthese harmonica das actividades sensorio-psychicas dos dois hemispherios; é o organo da unidade anatomica e funcional das duas metades do cerebro, é um "organico psychico por excellencia".

Hoje, após as pacientes pesquisas e laboriosos estudos de LIEPMANN, STEWART, FELIX ROSE, GROMARD, SENHORITA PASCAL, LEWANDOWSKI e outros tantos, a theoria do corpo calloso está cimentada em firmes alicerces e os disturbios que as lesões callosas apresentam acham-se compendiados no denominado *syndromo do corpo calloso* ou simplesmente *syndromo calloso*. Este syndromo consiste em profundas perturbações da intelligencia, estupidez, etc., sem perturbações aphasicas da palavra, impossibilidade da coordenação das

imagens corticaes ou das idéas, sem abolição destas mesmas idéas. Estas desordens psycho-motoras foram introduzidas na neuropathologia por GOGOL, em 1773, sob a denominação de *apraxia*. GOGOL, observando um seu doente apraxico, notou uma desordem completa nos seus actos mesmo os mais simples; elle não sabia se servir de seus objectos usuaes: comia o sabão, lançava ao chão sua escova de dentes ou tentava fumar-a, não sabia tomar um copo d'agua, etc. GOGOL definiu então a *apraxia* como a difficuldade ou impossibilidade de manejar um objecto para um fim predeterminado e adequado. Devemos notar que para se tratar de *apraxia* é necessario que o doente além de ter suas vias sensoriaes e motoras incolumes, já tivesse aprendido a manejar os objectos que lhe são apresentados. Assim, pôr exemplo, um homem normal poderá não saber manejar um microtomo, um cardiographo, etc., por nunca ter visto esses instrumentos; mas, isso não quer dizer que elle seja um apratico; um paralytico ou um aphasico não poderá executar certos movimentos, embora não seja apratico. Nestes casos os disturbios psychomotores têm uma outra causa, que é a não integridade de seu systema motor ou de seus centros sensoriaes.

Em resumo, a *apraxia* não é senão um desvio da *praxia*, ou mecanismo da psycho-motilidade voluntaria, representada pela *eupraxia*, propriedade de executar um movimento em sentido prefigurado." A funcção eupratica é localisada no corpo calloso e quando este organo é lesado, nós temos então os phenomenos da *apraxia*.

Sabe-se que a execução de um movimento voluntario presuppõe uma cadeia de tres élos: 1.º) Excitação sensorial e representação mental do objecto. 2.º) Representação do acto a executar, em synthese ou em sua totalidade, tendo como consequencia o despertar de imagens motoras correspondentes, correlatas ao acto, imagens estas, que têm sua origem em um centro *psycho-motor* ou *ideo-motor*. 3.º) Excitação do centro *psycho-motor* e consequente contracção muscular.

Assim, exemplificando, quando nós vamos tomar um copo d'agua, em primeiro logar o centro sensorial acolhe a imagem do copo, ao mesmo tempo em que ha a representação mental do objecto. Em seguida o nosso psychismo deli-

neia todo o acto de beber a agua, em seu conjuncto e em suas partes, isto é, faz um duplo trabalho: synthese e analyse. Em ultimo logar a cadeia de factos vae se terminar na excitação do centro psycho-motor; a excitação attinge o centro dos movimentos do membro correspondente e então tomamos o copo, levamol-o á bocca, etc.

Quando o primeiro ou o ultimo élos são lesados, nós temos um phenomeno que corre por conta dos disturbios sensoriaes (cegueira, surdez, etc.) ou motores (paralyssia, tremor, etc.); para que estejamos em presença de uma apraxia, é necessario que haja um desarranjo ou desvio dos phenomenos ou élos intermediarios — provavelmente muito mais complexos do que theoreticamente parecem.

Deve-se sobretudo a LIEPMANN a concepção da apraxia. Segundo LIEPMANN, os factos se processam do seguinte modo:

1.º) O espirito, que elle denomina *sensorium*, synthetisa o acto a executar, representando-o mentalmente como se já fôra executado. Depois elle evoca, na ordem indispensavel á economia dos gestos, as representações mentaes dos actos elementares ou parciaes, necessarios á realização da representação directriz: este conjuncto ou totalidade assim comprehendido das representações parciaes cuja successão definida tende á representação global, constitúe o *plano psychologico, projecto ideatorio* ou *fórmula cinetica* do acto a representar. Quando nós observamos uma perturbação dos primeiros estadios desta synthese, estamos em presença da *apraxia* chamada *ideativa*, por LIEPMANN. Neste caso os phenomenos motores são erroneamente executados em consequencia da representação synthetica que tambem se faz erroneamente. Quando, por exemplo, temos de accender um bico de gaz, o nosso psychismo delinea o plano geral do acto e em seguida decompõe esse acto em suas partes constitutivas, traçando a fórmula cinetica dos movimentos. Nestas condições, temos os actos de tomar a caixa de phosphoros, abril-a, tirar um palito, accendel-o, abrir a torneira do gaz, etc., emfim, todos os phenomenos precisos para accender o referido bico. Mas o individuo apratico ideativo não executa methodicamente esses movimentos, donde a impossibilidade de realisar o que deseja. O seu *sensorium* não tendo a re-

apresentação total dos actos, as excitações que dahi partem são erroneas e produzem imagens que não estão de accôrdo com o mesmo acto: dahi resulta a falta de coordenação, de sequencia logica dos movimentos. A esta especie de apraxia deu DEJERINE o nome de *apraxia de concepção* e no numero destes apraticos podemos incluir os individuos normaes, mas desattentos, distrahidos, cujo sensorium, até certo ponto, apresenta disturbios ou incoordenações. Nesta categoria de factos ainda podemos collocar os pequenos senões da lingua-gem falada ou escripta, os denominados *lapsus linguae* e *lapsus calami*, assim como todos os “*quiproquos da motilidade* resultantes da timidez ou da atrapalhação.”

2.º) Uma vez realisada a primeira etapa, o prologo, por assim dizer, do acto a executar, temos, de conformidade com LIEPMANN, a segunda phase. Tendo o sensorium esboçado o plano psychologico e elaborado as representações mentaes, estas são transmittidas ao centro *ideo-motor* ou *psycho-motor*, onde vão accordar imagens motoras correspondentes á elaboração ideativa — é a passagem da idéa á possibilidade motora. Este ultimo centro é o *motorium*. Se o sensorium funciona normalmente, prepara o plano ideatorio, mas o *motorium* apresenta disturbios, resulta dahi uma confusão na construcção das imagens motoras e portanto os movimentos não serão convenientemente feitos, não serão adequados ao fim proposto. Nós estamos então, segundo a nomenclatura de LIEPMANN, em face de uma *apraxia ideo-motora*. Esta apraxia póde apresentar duas variantes ou dois sub-typos:

a *Apraxia melo-cinetica* correspondente á *asymbolia motora* de MEYNERT. As imagens motoras não seriam todas elementares susceptiveis sómente de se synthetisar segundo ordens recebidas. Nos centros psycho-motores de um membro haveria imagens motoras mais complexas, representativas de actos psychicamente simples porém muscularmente complexos. Se esse centro fôr lesado, o individuo não poderá mais executar actos simples como levantar o braço, afastar os dedos, embora execute movimentos mais complicados, como a dança. Esses disturbios são restrictos quasi sempre a um pequeno agrupamento muscular unilateral e muito raramente são extensiveis a todo o membro; os poucos actos

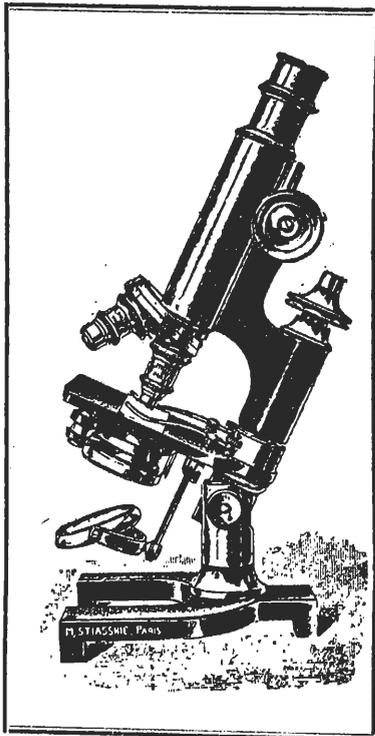
executados são automaticos, resultantes unicamente do habito, sem character intencional, dependendo directamente do funcionamento regular do motorium intacto.

b) *Apraxia ideo-cinetica* em que são lesadas apenas as vias de associação entre os centros intellectuaes e os centros ideo-motores; as imagens representativas ficam intactas, o individuo póde executar certos movimentos simples, como levantar os braços, flexionar os dedos, etc., mas automaticamente, sendo incapaz de executar movimentos complicados. — A esta variedade de apraxia, deu DEJERINE o nome de *apraxia de transmissão*, visto como o motorium se acha em completa separação do sensorium.

3.º) Temos agora, em ultimo lugar, a terceira phase do acto a executar, o seu epilogo ou conclusão. O centro motor, do membro, por exemplo, faz agirem as excitações motoras necessarias á producção do referido acto: é o que constitúe a passagem do poder á acção ou ao acto. Quando, por uma determinada causa, o centro ideo-motor é impedido de fornecer as excitações motoras coordenadas e necessarias ás imagens ideo-motoras, temos então a *apraxia motora*, de LIEPMANN, tambem denominada *apraxia de innervação* (KLEIST) ou *cortical* (HEILBRONNER).

O apratico em geral encontra certa facilidade na execução de alguns movimentos inconscientes, mas não póde de modo algum obedecer uma ordem, seja por executal-a erradamente, seja por se quedar immovel, apparentando não ter comprehendido o que ouviu; na maioria dos casos, porém, elle procura, de accôrdo com a sua capacidade, obedecer a ordem e embora os seus movimentos sejam discordes ou inconvenientes, elle os repete indefinidamente — é o phenomeno da PERSEVERAÇÃO (*persévération*), muito commum em todas as variedades de apraxias.

A *perseveração*, segundo LIEPMANN, apresenta-se sob três variedades: a) A *perseveração clonica*, em que os movimentos, sem intervenção de movel exterior, fazem-se clonicamente, isto é, com alternativas de contracção e relaxamento. Esta fórma é encontrada nas psychoses em geral. β) A *perseveração tonica* consiste na parada brusca do doente, o qual fica como petrificado em certas attitudes que se relacionam com o acto a executar. O individuo póde, por



# CASA FRETIN

Especialista em  
INSTRUMENTOS DE CIRURGIA

Productos e aparelhos de Laboratorios  
Bacteriologia                      Electrotherapia  
Physiologia                      Autopsia                      Esterelisação  
Histologia                      Microscopia  
Anatomia                      Orthopedia

MOBILIARIO CIRURGICO

Grande Officina electrica propria  
para fabrico, concertos e afiação

NIGKELAGEM E PRATEAÇÃO

## LOUIS FRETIN

Telephone, 1774 — RUA S. BENTO, 20 — Caixa, 1273

Casa de Compras em Paris: 112, Fg. POISSONNIERE.                      S. PAULO

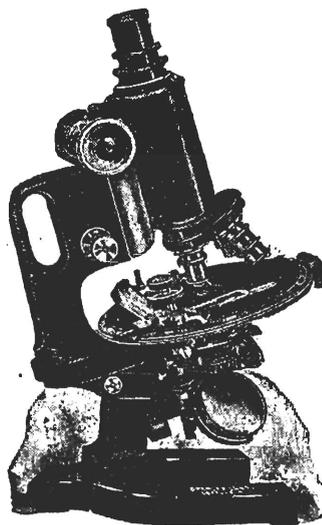
CASA DE UTENSILIOS SCIENTIFICOS

## PROP.: BERTO MOSER

Importação de Utensilios e Ap-  
parelhos para medicina, cirurgia,  
bacteriologia, physica, chimica.

CAIXA POSTAL, 1387

Rua da Quitanda, 19-sobr.  
SÃO PAULO





## INSTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE

**Não é uma casa commercial,** mas um "ENTE MORALE" creado pelo Estado Italiano e portanto os seus fins são puramente scientificos e phylantropicos: é está a melhor garantia da seriedade dos seus productos.

A sua actividade scientifica explica-se nas numerosas pesquisas originaes e nas publicações sobre interessantes assumptos, pesquisas e publicações que o caracterizam, como um dos principaes centros de estudos scientifico-praticos (as publicações encontram-se nas principaes livrarias do Rio de Janeiro e de São Paulo).

**Os seus preparados são considerados** pelos Medicos no seu justo valor. De facto a sua Direcção scientifica, a organização das diversas secções os cuidados especiaes, com que são mantidos os numerosos animaes necessarios ás preparações e ás verificações, a provisão de instrumentos e aparelhos os mais diversos, podem tranquillizar os Ex. Srs. Medicos, mesmo os mais escrupulosos, sobre a efficacia e pureza dos seus preparados.

**A sua acção na actual guerra** demonstra a importancia á qual elle chegou. De facto na primeira metade do anno corrente, além das innumerables analyses bacteriologicas por elle feitas sobre os materiaes de refugio do exercito, fornece ao Governo Italiano **200.000** doses de Serum Antithetnico e mais de **100.000** de doses de vaccinas Antityphicas e Anticholicas.

N. B. — Para quaesquer explições ou informações de caracter tecnico os Exmos Srs. Medicos terão a bondade de dirigir-se ao **Dr. EMILIO DE MATTIA,** Caixa Postal 384 — SÃO PAULO.

Concessionarios para  
o Brasil  
**DE MATTIA & Co.**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Pharmacia

**Italiana**

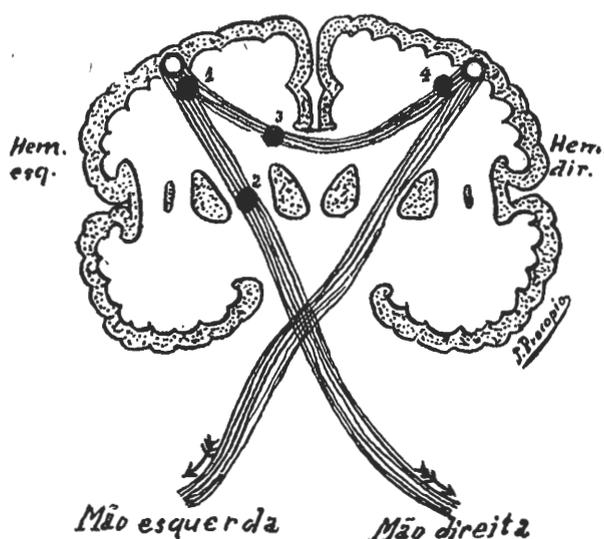
Rua do Thesouro, 9  
**S. PAULO**

exemplo, depois de tomar um copo d'agua segural-o fortemente com as mãos, achando-se em completa impossibilidade de o abandonar.  $\gamma$ ) A *perseveração intencional*, muito frequente nos cerebraes, em casos de fócios dos lóbos occipitales e temporaes, em que os phenomenos se dão no inicio de um movimento intencional, mas não de um modo autonomo, como na perseveração clonica.

Embora o apparecimento das apraxias no scenario da clinica tivesse tido logar em uma época mais ou menos remota, a sua interpretação só em nossos dias é que, graças ao methodo anatomo-clinico, ficou instituida em solidas bases. Os clinicos verificaram que, em uma grande maioria, os phenomenos apraxicos são mais communs no lado esquerdo, si bem que a literatura tenha registado casos não raros de apraxia direita. LIEPMANN, observando numerosos casos de tumores no corpo calloso, assestados especialmente no terço medio, procurou dar aos phenomenos apraxicos uma explicação accetavel e convincente. Cerca de 95 % das pessoas, diz LIEPMANN, fazem uso de preferencia da mão direita — o que quer dizer, dado o entrecruzamento das fibras, que nestes casos o hemispherio esquerdo predomina sobre o direito; é no hemispherio esquerdo que estão localisados os centros de innumerous movimentos, de onde partem os influxos para todos os centros motores da economia. A transmissão desses influxos ao cerebro direito faz-se exclusivamente por intermedio das fibras callosas. Ora, desde que haja um compromettimento qualquer nessa grande commissura, a metade direita fica emancipada da metade esquerda do cerebro e não poderá, por consequencia, receber o abalo ou influxo motor necessario á condemnação dos movimentos: os resultados então vão se fazer notar no lado esquerdo do corpo, no braço esquerdo, por exemplo, e desse modo surge a apraxia — é o que a clinica nos mostra de uma maneira irrefutavel. O hemispherio esquerdo é, na comparação picaresca de LIEPMANN, o irmão mais velho, o que dicta as leis, o que resolve e legisla, ao passo que o direito é o irmão mais moço que obedece, que executa, que desempenha as ordens do mais velho, sob cuja influencia eupratica está. Quando o irmão mais moço, por uma eventualidade pathologica qualquer, se vê privado da companhia do mais velho,

sente-se incompetente, devido só e exclusivamente á sua in-experiencia ou incompetencia, a desempenhar as funcções individuaes, e essa incompetencia é exteriorisada sob a fórma de phenomenos apraticos.

De um modo identico, após uma série de notaveis estudos, PURVES STEVART applicou a apraxia ao syndromo calloso e procurou explicar a incoordenação dos movimentos, pelo divorcio dos hemispherios cerebraes: Sabe-se, como dissemos atraz, que mais de 95 % das pessoas usam de preferencia a mão direita. Nellas o hemispherio cerebral esquerdo predomina e, não contente de fiscalisar os membros do lado direito do corpo, exerce uma influencia potencial sobre o hemispherio direito por intermedio das fibras do corpo calloso. Assim, numerosos movimentos dos membros esquerdos têm sua origem no hemispherio esquerdo, a ponto que uma lesão cortical ou sub-cortical á esquerda, se ella compromette o corpo calloso, póde determinar não sómente uma hemiplegia ou uma monoplegia direita, mas tambem uma apraxia, da mão esquerda não paralysada. Semelhante apraxia homolateral da mão, constitúe a prova de uma lesão do corpo calloso. A apraxia é muito mais ligada ás lesões do



hemispherio esquerdo que ás do direito. O schema junto é um diagramma que mostra que: 1.º) uma lesão do centro esquerdo do braço (1) ou abaixo, produz a paresia ou paralyisia do braço direito, então que o braço esquerdo, não sendo mais guiado por este centro, cáe na apraxia; — 2.º) uma

lesão da capsula interna (2), quando as fibras commissuraes não são attingidas, causa uma hemiplegia direita sem apraxia esquerda; — 3.º) uma lesão do corpo calloso (3) ou do centro oval esquerdo compromettendo fibras callosas, provocará uma apraxia esquerda em consequencia da perda da influencia directora que o centro esquerdo do braço exerce sobre o centro direito opposto, e a mão direita não será nem paralyzada nem apraxica; — 4.º) uma lesão no lóbo frontal direito (4) póde interromper as fibras callosas que põem o centro esquerdo do braço em relação com o centro direito, sem attingir as fibras pyramidaes que vão do cortex direito á mão esquerda: em semelhante caso nós temos uma apraxia esquerda dependendo de uma lesão do lado direito.

Em apoio a esta maneira de ver, estão numerosos casos, como os WILSON, VON VLEUTEN, MAAS, LEWANDOWSKI, FELIX ROSE, HARTMANN, etc.

Baseado nestes mesmos factos, LIEPMANN publicou a sua famosa observação sobre o conselheiro berlinense, a qual se resume mais ou menos nestes termos:

“T., 49 annos, conselheiro imperial, foi considerado, durante cerca de 3 mezes, não sómente aphasico-motor, senão tambem franco demente post-apoplectico. O que mais reforçava este ultimo diagnostico era a absurdez dos actos do conselheiro, que, não sendo canhestro, empregava naturalmente a mão direita (apractica) na execução de quasi todos os movimentos. Teve LIEPMANN, porém, a inspiração de lhe prender o braço direito, instigando-o a *agir* com a mão do lado esquerdo. E estava descoberta a *Apraxia motora*.

A symptomatologia somatica do doente era a seguinte: anisocoria (pupilla esquerda maior que a direita); reflexos pupillares á luz e á accommodação normaes; movimentos do globo ocular intactos; marcha normal; signal de Romberg frustaneo; motilidade dos membros thoracicos e abdominaes integra; nem paralycias, nem contracturas; apenas paresia leve do membro inferior esquerdo e paresia facial esquerda; reflexos patellares pre-

sentes. Ausencia de perturbações esphincterianas. Sensibilidade profunda da mão direita perturbada apenas no inicio.

Era desarrazoado o manuseio dos objectos e irracional a execução dos movimentos ordenados.

Com esse quadro, seria admissivel pensar em surdez verbal e em cegueira psychica. Mas a extravagancia de certos movimentos da mão direita (exclusivamente ou quasi exclusivamente empregada) já fazia nascerem duvidas quanto á intervenção desses factores. A demais disso, todos os autocine-tismos, como sentar-se, levantar-se, deitar-se, caminhar, etc., eram correctos. Se, portanto, se tratasse de surdez verbal, muito incompleta e especializada seria ella. Não foi difficil igualmente a eliminação da cegueira psychica. LIEPMANN collocou diante do conselheiro, 5 cartas de um baralho e pediu-lhe, por diversas vezes, uma dentre as mais. Sempre que o examinando usou a mão direita, não conseguiu dar cumprimento á ordem; com a mão esquerda, porém, sempre acertou. Existia uma desordem analoga nos membros inferiores; o doente imitava correctamente todos os movimentos com a perna esquerda, não o conseguindo fazer com a direita. Nos musculos cephalicos notava-se tambem uma apraxia da mesma intensidade, mas bi-lateral. Dyspraxia da mão esquerda, muito leve. (ERNANI LOPES)".

Neste doente apraxico, LIEPMANN emittiu o seguinte diagnostico anatomico: " o sensomotorium esquerdo está isolado do resto do cerebro." A necropsia confirmou esta hypothese, mostrando uma lesão do corpo calloso, isolando o hemispherio esquerdo do resto do cerebro.

RAYMOND notára já em sua ultima obra posthuma (Pathologia nervosa) os casos de lesões do corpo calloso e retomando todo o estudo critico das "apraxias motoras nos tumores do corpo calloso", concluiu: "parece bem provavel, se não demonstrado actualmente, que uma lesão do corpo cal-

loso, sobretudo se ella interessa o terço médio da grande commissura interhemispherica (LIEPMANN), interromperá fibras commissuraes que servem á transmissão de correntes nervosas indo do cerebro esquerdo ao cerebro direito, para regular certas funcções cineticas e se traduzirá clinicamente por um certo gráu de apraxia motora do lado esquerdo.”

A apraxia motora esquerda é pois um excellente signal de lesões callosas. Deve-se, no emtanto, reconhecer que, como muito judiciosamente diz LEVY VALENSI, ella é quasi sempre inconstante seja porque faça realmente falta, seja porque as manifestações apraxicas se apresentem constantemente muito apagadas para ser descobertas. Além disso, é preciso sobretudo distinguir os casos de apraxia de origem callosa de outros disturbios como aphasias, agnosias, ataxias, etc., aos quaes está, na maioria dos casos, associada.

E' muito util e mesmo indispensavel para a topographia da séde da lesão, classificar pelos symptomas, as diversas especies de apraxias.

Para o diagnostico da apraxia, devemos considerar, como nol-o diz ERNANI LOPES, duas categorias de actos e movimentos voluntarios: Na 1.<sup>a</sup> categoria estão os movimentos relativamente em numero restricto, cuja imagem cinetica repousa integral no sensomotorium — verdadeiros automechanismos, autocinetismos, do sensomotorium. Nesta classe estão comprehendidos os actos mais elementares: as synergicas, os movimentos intencionaes e expressivos mais simples e algumas cadeias cineticas, como caminhar, abotoar-se, etc. — Na segunda categoria se contêm a pluralidade dos movimentos voluntarios e em geral todos os actos complicados. Já aqui o sensomotorium, só por si, não basta. Faz-se mister a intervenção de outros factores, fornecidos pela cooperação das diversas regiões corticaes: visual, tátil, cinesthetica e até auditiva.

Para o exame do doente, devemos multiplicar abundantemente as experiencias, variar o mais possivel o interrogatorio, afim de não só verificar os seus movimentos voluntarios, mas tambem observar todos os seus actos mais simples. A vontade do paciente será por nós dirigida na maioria dos casos, em que lhe serão impostas determinadas ordens, afim de bem evidenciar os disturbios que elle apre-

sentá. Passaremos assim successivamente em revista os seguintes movimentos:

1.º) AUTO-CINETICOS: *caminhar* (para a frente, para traz, de lado, etc.); *sentar-se*; *ajoelhar-se*; *soprar*; *vestir-se*; *despir-se*; *dar um abraço*, etc.

2.º) ELEMENTARES: *fechar os olhos*; *abrir a bocca*; *mostrar a lingua*; *fechar ou levantar a mão direita, a esquerda, ambas as mãos*; *levantar ou abaixar a perna direita, a esquerda, ambas ao mesmo tempo*; *cruzar as pernas*, etc

3.º) EXPRESSIVOS: *bater palmas*; *fazer continencia*; *fazer o signal da cruz*; *atirar beijos*; *assumir expressões de desdem, de indifferença, de sympathia, de paixão, de rancor*, etc.

4.º) MOVIMENTOS DESCRIPTIVOS: *simular como se toca piano, rabeca, como se apanham moscas, como se lava, como se engomma*, etc.

5.º) MOVIMENTOS REFLEXIVOS: *coçar-se*, *beliscar*, *arranhar*, *fazer coegas*; *mostrar o peito, o pé direito, mostrar o nariz*; *pentear-se*, *palitar-se*, etc.

6.º) MOVIMENTOS INTENCIONAES OU COMPLICADOS: *acender uma vela*; *encher um copo d'agua*; *dar um laço numa gravata*; *dar um nó num guarda-napo*; *apanhar um lapis*; *acertar um relógio*; *tocar instrumentos de musica*; *deseñar*; *bordar*, etc.

7.º) MOVIMENTOS IMITADOS: imitar movimentos simples e movimentos complicados, sempre variados.

O diagnostico differencial deve ser feito com a surdez verbal, ataxia, tremores, movimentos choreicos e athetoticos.

O diagnostico da variedade só será feito após um exame muito rigoroso, verificando-se então que se trata da fórma ideativa, ideo-motora, ou motora propriamente dita.

Como dissemos, a classificação, pelos symptomas, das diversas especies de apraxias pode nos levar á determinação topographica da séde da lesão. Assim, para citar os casos mais typicos, a *apraxia ideativa* depende de alterações extensas e é observada particularmente nas *perturbações funcçionaes diffusas destructivas em superficie* (demencia paralytica, arteriosclerosa ou senil), que se relacionam á intimidade do mecanismo intellectual (DEJERINE). A *apra-*

*xia motora melo-cinetica* revela alteração superficial, insuficiente para provocar paralysisia, do centro do membro apraxico (á esquerda, em casos de apraxia direita e á direita, em apraxia esquerda). E' observada particularmente nos processos lentos: atrophia esclerosa, atrophia senil, paralysisia geral progressiva. A *apraxia ideo-motora ideo-cinetica* (DEJERINE) é devida a alterações circumscriptas do hemispherio esquerdo; se tiver a região parietal por séde (ponto de convergencia das fibras do sensorium) haverá apraxia direita e neste caso um certo gráu de apraxia esquerda indicará á participação de fibras callosas do processo destruidor. Haverá *apraxia esquerda* isolada só nos casos de lesões localisadas no corpo calloso. A *apraxia ideo-motora* se observa sobretudo nos fócios localisados de *ischemia funcional* (apraxia transitoria dos arterioesclerosos) ou mais frequentemente de *alterações destructivas* (hemorrhagias, amollecimentos, tumores). As lesões traumaticas podem produzir um quadro symptomatico excessivamente variado, como por exemplo, o caso observado, entre nós, pelo dr. E. VAMPRE' e publicado em um dos numeros dos *Annaes*.

Eis resumido nestas poucas palavras o que ha de mais interessante para nós, a respeito das apraxias e do seu valor semiologico. Não devemos no emtanto perder de vista que as manifestações apraticas muito frequentemente se associam a diversos estados pathologicos (agnosias, aphasias, paralysisias) aos quaes se podem facilmente confundir. E' um syndromo excessivamente discreto, difficil de se evidenciar e para pesquisal-o é necessario um exame systematico, variado, meticoloso e com o maximo rigor, de todas as manifestações da motilidade voluntaria ou melhor, intencional, ao nivel dos multiplos departamentos musculares que este syndromo póde, isolada ou concomittantemente, affectar; póde ser localisado a todo o membro, não sendo raro que se asséste igualmente a um limitado grupo muscular, onde varía de intensidade, desde a simples parapraxia ou mesmo a ligeira dyspraxia, até a apraxia typica e completa. E estes factos nos levam a crêr que si na clinica a apraxia é pouco frequente, talvez seja devido não tanto á sua raridade intrinseca, mas porque se em muitos casos ella não é pesquisada, na maioria das vezes ella de tal modo se oc-

culta que a sua evidencia pelos meios usuaes e conhecidos torna-se uma trincheira inexpugnavel.

(Autores consultados: ALOYSIO DE CASTRO, CAJAL, DEJERINE, E. VAMPRE', ERNANI LOPES, J. GRASSET, LEWANDOWSKI, PIERRE MARIE, PURVES STEWART, TESTUT, VAN GEHUCHTEN, FUSARI.)



## FACTOS CLINICOS

Sobre um caso de tumor da fossa cerebral media

Pelo Prof. Dr. O. PIRES DE CAMPOS, Cathedratco de Physiologia da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

A. T., brasileiro, 27 annos, lavrador, morador em São Bernardo, deu entrada, a 8 de janeiro do corrente anno, na 3.<sup>a</sup> enfermaria de medicina de homens da Santa Casa desta Capital.

*Antecedentes de familia:* sem importancia. *Antecedentes pessoas:* ignorando o seu passado morbido em criança, sabe que ha 8 annos teve ankylostomose. Nega infecção syphilitica e é portador, ha alguns mezes, de adenopathias cervicaes bilateraes. Tem 4 filhos, todos sadios.

*Molestia actual:* não póde bem precisar a data exacta em que se iniciou a sua molestia: sabe, entretanto, ter ella começado pela tumefacção das antigas adenopathias de séde cervical, que, então, attingiram desusado volume. Sentiu, nessa occasião, calafrio, seguido de febre alta, delirio e cephaléa intensa. Esses phenomenos cederam, ao cabo de 4 a 5 dias, com a applicação de algumas sanguesugas. Cerca de um mez depois, começou a enxergar duplo, notando, ao demais, um pequeno desvio do olho direito: contemporaneamente, appareceram-lhe dôres no lado direito da face, mais accentuadas, porém, no globo ocular, maxillar superior e região temporal direita.

*Exame do doente:* aparelhos respiratorio, digestivo, cardio-vascular e genito-urinario, normaes.

Ao longo da borda anterior do musculo esterno-cleido-mastoideu, do lado direito, um pequeno ganglio, do tamanho de um ovo de pomba, liso, não adherente e indolor; do lado esquerdo, um enorme ganglio, insinuando-se pela região parotidiana, ligeiramente doloroso á pressão.

Face asymetrica: commissura labial direita ligeiramente repuxada; bocca ovalar. Fenda palpebral esquerda mais larga que a direita: enophtalmia direita. Ponta do nariz desviada para a direita.

Reflexos rotulianos — dos membros inferiores e superiores — normaes; reflexos cutaneos normaes. Ausencia de Babinski e de clonus. Força muscular normal.

Hypoesthesia muito accentuada em todo o territorio do trigemeo, porém, mais especialmente, no dominio do ophtalmico; anesthesia da cornea.

Dôres e paresthesias em toda a zona de distribuição do trigemeo, muito intensas no globo ocular e regiões frontal e temporal direitas.

Pontos de emergencia dos tres ramos terminaes do trigemeo dolorosos á pressão.

O exame do aparelho visual, praticado a 12 de janeiro pelo dr. Pereira Gomes, revelou: anisocoria, com pupilla direita mais estreitada; conservação dos reflexos pupillares á luz, á accommodação e do cansensual — Fundos normaes, com excavação physiologica accentuada das papillas — OD=paralysia do recto externo, diplopia homonyma.

Visão = 1 em ambos os olhos.

*Exames de laboratorio:* urina, normal; ovos de ankylostomos nas fézes. Sangue: lymphocytos, 24 %; mononucleares, 12 %; polynucleares neutrophilos, 53 %; eosinophilos, 24 %.

Reacção de Wassermann, levemente positiva.

Liquido cephalo-rachidiano: caracteres physicos normaes; exame cytologico, negativo; reacção de Wassermann, negativa.

*Evolução:* Tempos depois da entrada do doente no serviço, manifestou-se, pelo ouvido direito, um corrimento sero-purulento, tendo o exame otologico, praticado pelo dr. Hen-

rique Lindenberg, revelado uma otite média suppurada chronica. As dôres continuaram cada vez mais intensas, e, cerca de dois mezes antes da sua morte (verificada a 30 de julho), o doente apresentou novos signaes oculares, além dos já existentes, como se deprehe de do exame feito a 9 de junho pelo dr. Pereira Gomes, que observou: ophtalmoplegia externa; visão OD=2|3 e OE=1 — Fundo normal do OE e atrophia temporal incipiente do OD. Ambas as papillas muito excavadas. A myose direita foi substituida por mydriase.

O doente veiu a fallecer a 30 de julho e a autopsia praticada, por concessão especial da familia, no laboratorio anatomo-pathologico da Santa Casa, a 31 de julho.

---

O caso, cuja observação ahi fica exposta, refere-se, em summula, a um individuo que apresentou, em ordem chronologica, os seguintes phenomenos:

a) adenopathias cervicaes bilateraes, que, em dado momento, cresceram de volume, crescimento este que se acompanhou de ligeiro movimento febril;

b) desvio do olho direito, com diplopia, e dôres muito intensas na hemi-face direita, localisadas, mais especialmente, no globo ocular, maxillar superior e região temporal, symptomas que determinaram a internação do doente na Santa Casa, a cuja 3.<sup>a</sup> enfermaria de medicina de homens, elle se recolheu a 8 de janeiro do corrente anno.

Quando da sua admissão no serviço, o doente apresentava, de facto: 1.º) diminuição accentuada da sensibilidade geral superficial, em todas as suas modalidades, abrangendo o territorio de distribuição do nervo trigemeo, com predominancia, entretanto, na zona a cargo do nervo ophtalmico; 2.º) anesthesia da cornea; 3.º) dôres muito intensas, continuas, e paresthesias, em toda a região innervada pelo trigemeo, com uma intensidade especial no globo ocular e regiões frontal e temporal do lado direito; 4.º) pontos de Valleix, na emergencia dos nervos mentoneano, supra e infra-orbitarios, muito dolorosos; 5.º) contractura dos musculos da face á direita; 6.º) paralysisia do musculo recto exter-

no direito; 7.º) enophtalmia direita, com estreitamento da respectiva fenda palpebral; 8.º) myose direita.

---

Havia, conseguintemente, em o nosso doente, uma série de symptomas, resumiveis em *tres grandes syndromos*:

a) um *syndromo anesthesico-doloroso*, de séde hemifacial direita, manifestação evidente e irrefutavel de lesão da parte sensitiva do nervo trigemeo;

b) um *syndromo* caracterisado pelo estrabismo interno do olho direito, com diplopia homonyma, indicativo do compromettimento do nervo motor-ocular externo;

c) um *syndromo oculo-pupillar*, que se revelava pela enophtalmia, pela diminuição da rima palpebral e pela myose — tudo do lado direito — symptomas que, reunidos, arca-bouçam o conhecido *syndromo de Cl. Bernard-Horner* — e sobre cuja interpretação pathologica diremos em tempo oportuno.

---

O problema diagnostico, em taes condições, devia gyrar derredor da alternativa: lesão *central* ou *peripherica*? Em ambas as hypotheses, a lesão ou as lesões teriam que interessar, no minimo, dois pares de nervos craneanos — o V e o VI — quer em suas origens reaes, quer em suas origens apparentes ou quer em seus trajectos pela caixa craneana, para não falarmos na necessidade de o processo morbido, qualquer que elle fosse, explicar, pela sua séde, o *syndromo oculo-pupillar* — que se nos deparava no doente.

---

Preliminarmente, occorria-nos o dever de excluir a hypothesis de uma lesão que compromettesse, simultaneamente, o nervo trigemeo e o nervo motor-ocular externo, em suas origens apparentes, isto é, em os pontos em que esses nervos emergem do tronco encephalico, pelos fundamentos que se seguem:

a) Sabendo-se, como se sabe, que a origem apparente do nervo trigemeo está situada na parte lateral da protube-

rancia, exactamente no ponto em que esta protuberancia se continua com o pedunculo cerebellar médio; que o nervo oculo-motor externo emerge dos centros nervosos mais abaixo, ao nivel do sulco que delimita a protuberancia do bulbo rachidiano; que, de permeio ás origens apparentes destes dois nervos, existem as de outros pares craneanos — como as do facial e as do acustico — por muito pouco extensa que fosse a lesão, e as suas dimensões não podiam ser das mais exiguas — dada a distancia que separa a origem apparente do trigemeo da do abducens — era pouco crível, quasi impossivel, que ella compromettesse estes dois pares, sem, ao mesmo tempo, attingir os demais nervos que têm as suas origens apparentes nessa mesma região;

b) Admittindo-se, muito embora, que assim succedesse — conhecidos, como são, os effeitos, por vezes bizarros, das compressões nervosas — a lesão deveria ser, muito provavelmente, representada por um tumor, hypothese esta inadmissivel e inaceitavel:

1.º) porque o doente não apresentava phenomenos denunciadores de hypertensão craneana — cephaléa, vomitos e estase papillar — cujo apparecimento constitue a regra em tumores com esta séde;

2.º) porque os tumores que comprimem o trigemeo e o abducens ao nivel das suas respectivas origens apparentes, são, via de regra, os denominados *tumores do acustico* ou *tumores do angulo ponto-cerebellar*, e, em taes emergencias, dominam a scena morbida a surdez — uni ou bilateral, os phenomenos cerebellares e outros que correm por conta da lesão de nervos que se encontram no territorio invadido pelo tumor, symptomas estes que não se nos deparavam em o nosso doente.

Excluido ficava assim, e de vez, o primeiro dos alvitres diagnosticos — de que se tratasse de uma *lesão central*, affectando o trigemeo e o oculo-motor externo em sua sahida do tronco encephalico, *lesão extrinseca* dos centros nervosos, que, além do mais, não fornecia uma explicação suasoria para o *syndromo oculo-pupillar* observado no doente.

---

Assim sendo, impunha-se-nos o exame da hypothese de uma *lesão central*, porém *intrinseca* desta vez, quer dizer, de uma lesão que, pela sua séde, affectasse o V par — a sua raiz sensitiva ou o seu nucleo de terminação — e o VI par — o seu nucleo de origem ou as suas fibras radiculares — e que, ao demais disso, nos explicasse o apparecimento do *syndromo de Claude Bernard-Horner* em o nosso paciente. Uma lesão, que se localisasse na parte inferior ou média da protuberancia, poderia, é bem verdade, attingir, a um tempo, a raiz sensitiva do trigemeo e o nucleo ou as fibras de origem do oculo-motor externo: mas, em ambos os casos (porção inferior ou média da protuberancia), era pouco explicavel que a lesão — abrangendo o trigemeo e o abducens — deixasse intactas as fibras do systema pyramidal e as da fita de Reil e o nervo facial, taes as relações da intima vizinhança que esses elementos nervosos mantêm entre si no interior da ponte de Varolio, muito especialmente o nervo do VII par — cujas fibras radiculares, como se sabe, descrevem uma verdadeira alça ou ferradura em torno do nucleo de origem do VI par. Nestas condições, seria mais logico e mais conducente com os nossos conhecimentos anatomicos, que uma lesão intra-protuberancial tivesse, como exteriorisação symptomatica, uma *paralysis alterna* — *typo Millard-Gübler puro ou modificado* — hemiplegia de *typo espinhal*, com ou sem hemi-anesthesia, de um lado, e *paralysis*, simples ou associada, do V, VI e VII pares do lado opposto — o que, nem de longe, se verificava em o caso sujeito á nossa observação.

---

Foram estas as razões que pesaram em nosso espirito no sentido de alijar a hypothese de uma *lesão central*, substituindo-a pela de uma *lesão peripherica* — que explicasse não só os disturbios existentes na esphera de innervação sensitiva do trigemeo e a *paralysis* do musculo recto externo, como ainda o *syndromo de Claude Bernard-Horner* — o que não significa que este syndromo não possa estar relacionado com uma *lesão central*, nas condições da hypothese ha pouco figurada, isto é, de uma lesão intra-protuberancial. Sabe-se, de facto, que este syndromo foi demonstrado, primeiramente, por Claude Bernard em animaes nos quaes elle praticára a

secção do sympathico cervical, cuja excitação, ao contrario, determina o apparecimento de phenomenos diametralmente oppostos: *alargamento* e não *estreitamento* da rima palpebral; *exophthalmia* ao invés de *enophthalmia* e *mydriase* substituindo a *myose*.

Tempos depois, Horner descrevia, em uma doente portadora de lesão do sympathico cervical, um syndromo identico, em tudo e por tudo, ao observado por Claude Bernard em seus animaes sympathitectomizados — motivo por que se lhe deu, a esse syndromo, o nome de *Claude Bernard-Horner*.

Ligado, a principio, e de um modo exclusivo, a lesões do sympathico — em seu trajecto cervical — não tardou que esse syndromo fosse, seguidamente, incluído no rôl das manifestações com que sóem traduzir-se lesões tendo sédes as mais variadas: assim, nem só elle faz parte do quadro symptomatico da *paralysis radicular do plexo brachial* (typo Dejerine-Klumpke), do *syndromo protuberancial superior de Raymond-Cestan*, dos *syndromos bulbares de Babinski-Nageotte* e *Cestan-Chenais*, como tambem nós o podemos encontrar de mistura com os symptomas específicos do *syndromo peduncular de Weber*, do *syndromo protuberancial inferior de Millard-Gübler* e do *syndromo bulbar de Avellis*.

Como quer que seja, resalta claro e evidente que, em todas as eventualidades clinicas em que surge o *syndromo de Cl. Bernard-Horner*, o seu substracto anatomico é representado por uma lesão do sympathico — attinente aos phenomenos irido-dilatadores — seja a lesão central ou peripherica, attinja ella os centros que superintendem a pupillo-dilatação ou as vias nervosas que ligam estes centros á musculatura lisa da iris ou a outros centros motores escalados ao longo do tronco pedunculo-ponto-bulbar.

Ora, uma *lesão central* para causar, em o nosso doente, o apparecimento do *syndromo de Cl. Bernard-Horner*, acarretaria, concomitantemente, uma symptomatlogia muito mais rica e mais exuberante do que a que se nos deparava, razão pela qual foi essa hypothese posta á margem. Chegavamos, assim, á conclusão de que sómente uma *lesão peripherica* seria capaz de fornecer a chave do diagnostico topographico.

---

Posto nestes termos, o problema diagnostico ainda não se apresentava de todo escoimado de difficuldades, porque restava saber, como condição preliminar, se uma *única* lesão, localisada na periphèria, poderia ser responsabilisada pelo complexo quadro symptomatico constatavel no paciente ou se, ao contrario, tratava-se de *duas lesões*, ambas periphèricas, hypothese esta tanto mais verosimil quanto as adenopathias cervicaes, de que era portador o doente, poderiam constituir uma dellas, determinando, pelo mecanismo da compressão do sympathico, a manifestação do *syndromo oculo-pupillar de Cl. Bernard-Hornér*.

Se os *phenomenos oculo-pupillares*, que o exame do doente revelara, resultassem de uma lesão do sympathico cervical — motivada pelos enfartamentos ganglionares do pescoço — seria mais logico e mais razoavel que se elles assestassem do lado esquerdo — onde a reacção ganglionar era incomparevelmente mais forte — e não do lado direito, como era o caso em o nosso doente.

Tudo estava a indicar, por conseguinte, que a *lesão periphèrica* era uma só, collocada em sitio onde pudesse, a um tempo, abranger o nervo trigemeo, o nervo oculo-motor externo e fibras do sympathico destinadas aos movimentos de dilatação da pupilla.

---

Se nós acompanharmos o trajecto dos nervos que constituem o V e o VI pares craneanos, desde o ponto em que elles emergem do encephalo até ao em que se distribuem periphèricamente, veremos que, na borda superior do rochedo, ao nivel da denominada *cavidade de Meckel*, o oculo-motor externo mantem relações de contiguidade com o ganglio de Gasser — e muito especialmente com o primeiro ramo de trifurcação desse ganglio — ou seja o nervo ophtalmico de Willis, relações estas que se tornam mais intimas e mais estreitas no *seio cavernoso* — que se segue immediatamente ao *cavum Meckelii*.

Não havia negar, pois, que a existencia de um processo morbido nesse ponto, dar-nos-ia a explicação de dois dos tres syndromos — em que se podia compendiar a symptomatologia apresentada pelo doente — a paralyisia do musculo re-

cto externo do globo ocular e os phenomenos anesthesico-dolorosos, estes mais accentuados no departamento de inner-vação do ophtalmico de Willis — facto que mais corroborava e fortalecia esta localisação.

Fazia-se mistér, entretanto, que esta unica lesão abar-casse, conjuntamente com aquelles dois nervos, fibras de natureza sympathica encarregadas da dilatação pupillar; onde encontral-as? No proprio ganglio de Gasser.

Sabe-se, com effeito, que as fibras sympathicas produc-toras da dilatação pupillar, e, como taes, portadoras das in-citações oriundas do *centro cilio-espinal*, sáem da medulla espinhal pelas raizes anteriores dos dois ultimos pares cer-vicaes e dos dois primeiros dorsaes, passando, em seguida, pelo ganglio cervical inferior, ganglio cervical superior e alcançando, através a *anastomose cervico-gasseriana*, o gan-glio de Gasser.

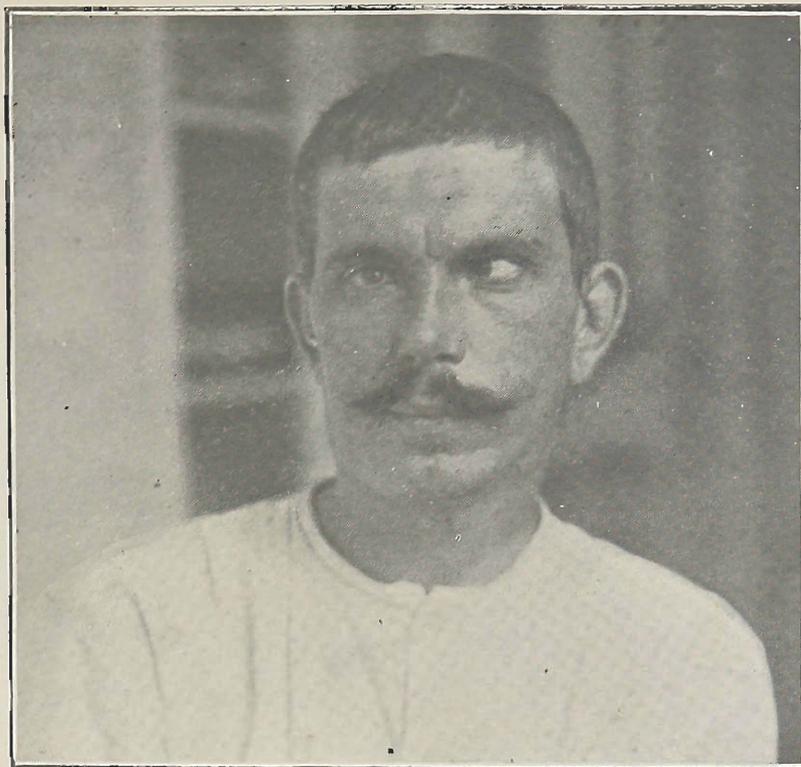
Deste ganglio sensitivo, estas fibras pupillo-dilatadoras são levadas, por intermedio do nervo ophtalmico de Willis, ao ganglio ciliar — de onde partem os nervos ciliares lon-gos, aos quaes está adstricto o papel de conduzir ao diaphra-gma iriano os influxos — transportados pelos filetes sym-pathicos — e de proveniencia espinhal.

A prova mais inconcussá da veracidade de todos estes factos — postos em relevo pela anatomia — deu-a a expe-rimentação: seccionada, com effeito, a *anastomose cervico-gasseriana*, não mais surtem effeitos sobre a pupilla as exci-tações praticadas no sympathico cervical; a extirpação do ganglio de Gasser, em animaes, acarreta a constricção pu-pillar, em virtude, bem se vê, da predominancia dos filetes irido-constrictores fornecidos pelo III par.

A clinica, por outro lado, fala mais alto e mais elo-quentemente, evidenciando que, nos casos de extirpação do ganglio de Gasser — reclamada por nevralgia rebelde do tri-gemeo — não é raro o apparecimento do *syndromo de Cl. Bernard-Horner*, com a triade que mais particularmente o caracteriza.

Ahi está, entre outras, a observação do eminente neu-rogologista Camillo Negro — que se póde lêr em suas admira-veis lições de pathologia e clinica do systema nervoso — e em que, após a extirpação do ganglio de Gasser em uma

N. 5



*Figura 1*

Janeiro de 1916

N. 6



*Figura 2*

Junho de 1916



doença soffredora de nevralgia do trigemeo, operação praticada em Turim, pelo dr. Filipello — houve, ao lado da cura, a manifestação do *syndromo de Cl. Bernard-Horner*.

Nesta mesma observação, ha um outro facto interessante — muito judiciosamente posto em destaque pelo Prof. Negro — e que vem a ser o da ausencia, na doente gasserectomizada, de alguns symptomas, dos quaes, uns, entram na constituição, se bem em segunda plana, do *syndromo de Cl. Bernard-Horner*, e, outros, resultam de lesões destructivas do nervo trigemeo.

Com effeito, no *syndromo de Cl. Bernard-Horner* podem abrigar-se — além da menor abertura da fenda palpebral, da enophthalmia e da myose — phenomenos vaso-motores (hyperemia e hyperidrose) que se processam no pavilhão da orelha e na hemiface do lado da lesão, phenomenos indicativos do compromettimento do sympathico — conforme já o demonstrára Cl. Bernard em suas classicas experiencias sobre a vaso-motricidade.

Sabe-se, tambem, que as lesões do V par — e muito especialmente as que têm por séde o seu ganglio peripherico — acompanham-se, com grande frequencia, de alterações trophicas do globo ocular, consubstanciadas no chamado *syndromo ocular neuro-paralytico*.

Ora, em o nosso doente, os symptomas de natureza vaso-motora não se revelaram — o que constitue mais uma prova irrecusavel de que as fibras sympathicas, prepostas á vaso-motricidade, não passam pelo ganglio de Gasser; que, uma vez chegadas ao ganglio cervical superior, ellas seguem um percurso diverso do das fibras oculo-pupillares — as quaes, como vimos, vão ter ao ganglio ciliar fazendo escala pelo ganglio de Gasser.

Quanto á *keratite neuso-paralytica*, ella só appareceu, em o nosso caso, cerca de 45 dias antes da morte: os annaes chirurgicos registam, entretanto, numerosas observações em que, como na doente de Negro, ella faltou por completo.

Assim, Dollinger (de Budapest), em communicação apresentada ao 20.º Congresso Francez de Cirurgia, reunido em Paris de 7 a 12 de Outubro de 1907 (*Sémaine Médicale*, N. 41, 1907, pags. 489), dando contados resultados obtidos, no tratamento da nevralgia facial grave, pela

ablação do ganglio de Gasser, fazia notar a raridade deste accidente post-operatorio. Elle praticou, com effeito, a gasserectomia em 22 doentes, sendo que em 2 outros a operação não poudé ser terminada em virtude de hemorragia do diploe ou das veias emissarias de Santorini: dos 22 em que a operação chegou ao seu fim, apenas uma mulher falleceu oito dias depois, apresentando phenomenos cerebraes; 4 succumbiram alguns annos mais tarde; de 2, elle não mais teve noticias e os 15 restantes — elle reexaminou-os ou enviaram noticias por cartas. Pois bem: destes 15 doentes, apenas uma teve keratite, 5 annos após a operação, e que terminou pela cura.

Weiss, em publicação inserta no *Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde*, agosto-setembro de 1907, a proposito de um doente no qual elle praticára a extirpação do ganglio de Gasser e que, 4 annos depois, não apresentava lesão alguma da cornea, chega á conclusão de que, “no homem, a extirpação completa do ganglio de Gasser é compativel com a integridade da cornea.”

---

A topographia da lesão parecia-nos, assim, bem patente e das mais nitidas, pois ella nos dava a razão de ser do triplice syndromo verificado no doente — resultado do compromettimento simultaneo, ao nivel do *cavum Meckelii*, do ganglio de Gasser e do nervo oculo-motor externo, restando, tão sómente, determinar a natureza dessa lesão — empreza não muito facil — dados os esclarecimentos quasi nullos trazidós pelas provas complementares a que nos soccorremos.

Acontece, entretanto, que, logo após a sua admissão no serviço, o doente apresentou um corrimento sero-purulento pelo ouvido direito, symptomatico — consoante verificação ulterior — de uma otite média suppurada chronica, o que dava a possibilidade de uma origem otica para todas estas manifestações — como decorre dos magistraes estudos de Gradenigo.

Sabe-se, de facto, que este conspicuo otologista italiano, descreveu, em 1904, em successivas communicações á Academia de Medicina de Turim, uma fórma morbida typica —

caracterizada por tres symptomas principaes: a) otite média purulenta, aguda na mór parte das vezes e *raramente chronica*; b) paralysisia do VI par do lado correspondente ao ouvido doente; c) dôres — intensas e persistentes — localizadas na região temporal e no fundo da orbita do lado affectado. Desde então, innumerous casos identicos foram publicados, sendo que, em 1907, Gradenigo — em trabalho de conjunto sobre o assumpto — conseguira reunir 67 casos deste syndromo, que recebera a denominação de *syndromo de Gradenigo*, sobre cuja pathogenia, ainda obscura, muito se discute.

Afigura-se-nos que, em o nosso caso, não se tratava dessa entidade morbida, pelas razões seguintes:

1.º) O apparecimento do *syndromo de Gradenigo* verifica-se, de regra, na occorrença de uma otite média aguda ou sub-aguda: ora, em o nosso doente, a affecção não fôra precedida, ao menos immediatamente — segundo as suas informações por mais de uma vez ratificadas — desta phase otitica;

2.º) O *syndromo de Gradenigo*, na maioria das vezes, apresenta uma evolução benigna, com tendencia á cura espontanea ao cabo de uma ou mais semanas, o que não quer dizer, entretanto, que casos não existam, muito raros, em que a morte é a regra, por leptomeningite purulenta: o paciente de que nos occupamos, quando da sua internação no hospital, estava, havia alguns mezes, de posse da sua affecção;

3.º) No *syndromo de Gradenigo* nunca se observou a associação do *syndromo oculo-pupillar de Cl. Bernard-Horner* — como se constatava em o caso de que tratamos: não ha modificações pupillares, nem em ophtalmia e nem tampouco estreitamento da rima palpebral. Verdade seja que, em uma das observações do Prof. Gradenigo — a que consta da comunicação, feita á Real Academia de Medicina de Turim, a 29 de Janeiro de 1915 — ha referencia á *menor abertura palpebral á esquerda*, sem phenomeno oculo-pupillar outro concomitante, e isso mesmo do lado opposto ao do *syndromo de Gradenigo* — *localizado á direita*.

A nós nos parece que esta ausencia do *syndromo oculo-pupillar sympathico*, quando da eclosão do *syndromo de Gra-*

*denigo*, se explica pela superficialidade das lesões, méramente irritativas, que se asséstan sobre o ganglio de Gasser — deixando, assim, intactas as fibras sympathicas que por elle trafegam — o que não succede nas lesões destructivas ou degenerativas do ganglio semi-lunar — no qual caso irrompe a triade de *Cl. Bernard-Horner*.

---

Afastada, desta fórma, a origem otogenica das manifestações constatadas no doente; excluido um processo meningitico — negativa, como era, a reacção cellular do liquido cephalo-rachidiano — nós incidiamos na hypothese de um tumor, alojado na fossa cerebral média, ao nivel da cavidade de Meckel, hypothese esta que não trepidamos em perfilhar, depois de, cuidadosamente, examinados e rejeitados os demais alvitres que o caso suggeria.

A evolução da molestia vinha corroborar, amplamente, o nosso primitivo juizo diagnostico, demonstrando, com o surgir de uma nova symptomatologia, a invasão de zonas adjacentes á séde primeira do processo morbido, que, nestas condições, só podia ser um tumor. Com effeito, em principios de Junho, apresentava o doente a paralysia de todos os musculos extrinsecos do globo ocular — innervados pelo III e IV pares — e bem assim a myose direita, que até então perdurára, era substituida pela mydriase, denunciando o compromettimento dos filetes do oculo-motor commum que innervam o esphincter da iris.

Tudo isto estava a indicar que a neoplasia invadira o seio cavernoso — por cuja parede externa passam, lado a lado, separados apenas por uma distancia de 2 a 3 millimetros, o oculo-motor commum e o pathetico — facto este, assim como os demais, confirmados pelo exame necroscopico, que mostrou a existencia de um neoplasma, (fibroma) abrangendo a cavidade de Meckel, invadindo o seio cavernoso e emittindo para a orbita, através a fenda esphenoidal, um prolongamento.

Esta observação — uma das mais ricas em ensinamentos que têm cahido sob as nossas vistas — sobre evidenciar a possibilidade de as lesões do seio cavernoso serem des-

acompanhadas de disturbios circulatorios, confirma, ainda uma vez, que, no numero dos symptomas por que se costumam exteriorisar os tumores da fossa cerebral média, não se nos deparam os decorrentes da hypertensão craneana.



## A anesthesia rachidiana

---

Por J. FERREIRA SANTOS, 4.º anista de Medicina.

A anesthesia por via intra-rachidiana, cujos successos são tão conhecidos, originou-se dos trabalhos de Leonardo Corning, medico americano, o qual, em 1885, tentou pela primeira vez a analgesia cirurgica pela via rachidiana, injectando cocaina no espaço inter-vertebral. Este illustre autor não chegou a fazer a injectão intra-rachidiana, temendo o ferimento da medulla.

Estava, pois, dado o primeiro passo para o novo processo de anesthesia, quando Bier, professor da Universidade de Kiel (actualmente em Berlim), em Abril de 1889, apresentou uma monographia sobre tão importante assumpto, acompanhada de observações, na qual mostrava ter feito resecções osseas no membro inferior, sem a menor dôr, applicando uma injectão rachidiana de cocaina. Bier, afim de demonstrar o effeito da cocainisação da medulla, fez experiencias em si mesmo e no seu assistente Hildebrandt.

Por esse mesmo tempo Sicard, em França, apresentava trabalhos identicos; todavia, só de 1899 em diante, é que a rachi-anesthesia tomou incremento devido aos estudos do emerito professor Tuffier, o qual naquelle referido anno, operou uma mulher internada em sua clinica, que era portadora de um enorme sarcoma reincidivado da coxa, com a rachi-cocainisação, tendo a anesthesia durado mais de uma hora e com o resultado post-operatorio maravilhoso. Continuando com as suas pesquisas, Tuffier, em 1900, já praticava intervenções cirurgicas no perineo, bexiga, vagina, re-

cto e abdomen, tendo mesmo feito a ablação de um rim com a rachi-cocainisação.

Foi de sua escola que se irradiou o novo methodo por todo o mundo scientifico, e, não devemos olvidar que em São Paulo, o primeiro a introduzil-o nos serviços hospitalares, foi o nosso egregio Mestre e presado amigo Prof. dr. Oliveira Fausto, o qual obteve brilhante resultado, como se vé do seu trabalho publicado na "Revista Medica de S. Paulo", em 31 de Maio de 1901, n. 10, pag. 162 e transcripto e elogiado pelo Prof. Desfosses, na Presse Médicale de Paris, n. 60, pag. 43, de 27 de Julho de 1901, trabalho esse acompanhado de tres observações sobre a nova anesthesia, applicada no serviço clinico do dr. Amarante Cruz, em nosso Hospital de Misericordia.

A rachi-anesthesia, embora tão bem applicada, teve uma certa relutancia na sua acceitação em nosso meio, mas, afinal, venceu e é hoje empregada em larga escala.

---

#### INSTRUMENTAL DA RACHI-ANESTHESIA

Seringa de Pravaz; agulha de platina iridiada de 8 cms. de comprimento e de um diametro interno de 6|10 de m.m., mais ou menos; empôlas de cocaina, novocaina, tropococaina ou estovaina.

Os allemães empregam de preferencia a tropococaina, visto a mesma ter a vantagem de não paralyzar os nervos motores e agir tão sómente sobre os sensitivos, donde resulta que o paciente tem todos os movimentos.

No serviço do Prof. Bier, de Berlim, é usada a tropococaina a 5 °|° em sôro physiologico, associada á solução de adrenalina ao millesimo. A addição da adrenalina apresenta duas vantagens: impede a entrada subita da tropococaina na circulação e limita a sua absorpção.

Na clinica do Prof. Baldo Rossi, de Milão, tem sido feita com grande exito, a rachi-anesthesia com uma mistura de estovaina, novocaina e estrychnina, em soluções separadas, de modo a não se injectar mais de 4 centigrms. de estovaina, 1 centigrm. de novocaina e 1 milligrm. de estrychnina. O

Prof. Rossi em uma estatística publicada em 1910, apresentou tres mil observações com a analgesia acima, sem contar um só insucesso.

Jonnesco, de Bukarest, o grande precursor da anestesia rachidiana alta, faz uso da estovaina (5 a 6 centigrms.) associada á estrychnina (1 a 2 milligrms.)

Na 1.<sup>a</sup> Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, a cargo do nosso dedicado Mestre Prof. Dr. Antonio Candido de Camargo, empregamos a rachi-anesthesia, injectando de 5 a 8 centigrms. de estovaina. A estovaina usada nos é fornecida pela Pharmacia da Santa Casa, em empôlas, com a seguinte dosagem:

Estovaina.....	10 centigrms.
Agua distillada.....	1 c. c. .

Após havermos procedido a rachi-estovainisação, submettemos o doente a uma injectão intra-muscular de 2 milligrms. de estrychnina.

Damos preferencia á estovaina, visto ser ella duas a tres vezes menos toxica que a cocaina e dispôr de um poder anelgesico igual a este ultimo alcaloide. A acção da estovaina sobre os vasos é neutra, quer dizer, não é nem vaso-constrictora, nem vaso-dilatadora.

---

### TECHNICA DA RACHI-ANESTHESIA

Podemos fazel-a em decubitus lateral ou mantendo o doente sentado no bordo da mesa — preferimos esta ultima.

Sentado o doente, fazemos com que elle incline ligeiramente o tronco para frente, tendo as coxas afastadas e os braços apoiados sobre as mesmas. (Fig. 1). Fazemos então a desinfecção da região com tintura de iodo, tendo tambem o cuidado de fazer a nossa rigorosa asepsia, e procedemos a punccão no 4.<sup>o</sup> espaço lombar, espaço esse que corresponde ao ponto da espinha por onde passa a linha que une as duas cristas iliacas (Fig. 2). No momento de effectuarmos a punccão, devemos mandar o paciente inclinar-se para fren-

te, afim de que o espaço entre as laminas vertebraes seja o maior possivel. A agulha vence respectivamente a pelle, camada musculo-aponevrotica, penetra no espaço inter-vertebral, atravessa o ligamento amarello e as meninges (dura-madre e arachnoide) penetrando, então, no espaço arachnoideu. O operador percebe quando a agulha transpõe esse espaço, pois que a sente vencer toda a resistencia. Feita a punção, vemos o liquido cephalo-rachidiano brotar pela agulha, limpido, gotta á gotta, ou com maior pressão. Não devemos nos assustar caso esse liquido apresente uma coloração vermelha, pois é passageira e devido á picada de alguma venula intra-dura-madre. Vendo então o liquido jorrâr, passamos a injectar a estovaina; adaptando a seringa á agulha, a pressão faz com que o embulo da seringa seja projectado para traz, deixando o liquido misturar-se com a estovaina, o que resulta o turvamento da solução. Finalmente, injectamos com lentidão e em seguida retiramos a agulha e deitamos o doente.

Não devemos injectar mais de 8 centigrms. de estovaina, quantidade essa sufficiente mesmo para as intervenções mais demoradas.

E' de maxima importancia que o doente esteja em jejum, quando procedemos a rachi-anesthesia.

---

### RESULTADO DA INJECCÃO

A anasthesia se manifesta em geral tres a cinco minutos após, accusando o doente a sensação de furmigamento no membro inferior e perdendo logo em seguida, a sensibilidade da região infra-diaphragmatica. A anasthesia dura em geral uma hora a uma hora e meia.

---

### PHENOMENOS OBSERVADOS DURANTE A ANESTHESIA

Os doentes apresentam algumas vezes: — mal estar, sensação de sêde, nauseas, pallidez da face, suores frios, vomitos e relaxamento do esphincter anal.

Não devemos nos inquietar muito com esses phenomenos: são em geral passageiros e, dado que persistam, procederemos á injecção intra-muscular de estrychnina de 2 milligrms.

Qual a causa de semelhantes phenomenos? Em geral defeito de technica, que consiste na injecção de mais de 8 centigrms. de estovaina.

---

### ACCIDENTES OBSERVADOS DEPOIS DA ANESTHESIA

Cephaléa e retenção de urina, sendo que a ultima póde persistir de 24 a 48 horas, tornando-se necessario a sondagem.

---

### ACCIDENTES MORTAES IMMEDIATOS

Observamos tão sómente um, sendo que Tuffier e Desfosses, no seu trabalho intitulado "Petite Chirurgie Pratique", citam seis casos, porém, todos em doentes idosos e em estado lastimavel.

Afim de justificar a nossa confiança na rachi-anesthe-sia, juntamos a estatistica das operações praticadas com a rachi-estovainisação, durante o nosso estadio hospitalar na 1.<sup>a</sup> Enfermaria de Cirurgia-Homens da Santa Casa de São Paulo, em os annos de 1914, 1915 e 1916.

#### I — HERNIAS

243 operações de hernias inguinaes	{	219 hernias simples
		19 hernias duplas
		5 hernias estranguladas.

#### II — ABDOMEN

5 operações no abdomen.....	{	4 appendicectomias a frio
		1 appendicectomia a quente.

## III — APPARELHO URINARIO

20 operações	}	5 talhas hypogastrica	}	4 por fistula urethro-peniana.
				1 por calculo vesical.
		1 urethrotomia externa — fistula		
		10 urethrotomias internas		
		3 catheterismos retrogradados	}	2 por estreitamento
	1 por infiltração urinosa			
		1 resecção de 3 cms. de urethra — por fistula urethro-peniana-escrotal.		

## IV — PERINEO — ANUS — RECTO

42 operações	}	3 incisões e drenagens — abcessos perineaes.		
		5 thermocauterisações	}	1 por prolapso do recto.
				4 por condylomas anaes
		4 debridamentos — fistula do anus.		
		10 debridamentos e curetagens — fistulas do anus.		
		18 dilatações e thermocauterisações — hemorrhoidas.		
		1 operação de Whitehead — hemorrhoidas.		
		1 esvaziamento pelo recto — fecaloma.		

## V — BOLSAS — PENIS — PROSTATA

76 operações	}	28 inversões da vaginal — hydrocelle.		
		3 inversões da vaginal — hematocelle.		
		3 extirpações de veias — varicocelle.		
		1 extirpação de kysto do cordão		
		25 circumcisões — phymose		
		2 amputações de penis — epithelioma		
		8 castrações	}	2 sarcomas do testiculo
				2 tuberculoses
				1 carcinoma
				2 gommas ulceradas
				1 orchite suppurada
2 emasculações — neoplasma do penis				
2 prostatectomias	}	1 hypertrophia		
		1 neoplasma		
		2 incisões e drenagens — abcessos da prostata.		

## VI — REGIÃO SACRA

2 operações — 2 extirpações — kysto dermoide.



**SECÇÃO ESPECIAL DE OPTICA**

**GRANDES ESTABELECIMENTOS DE JOIAS**

# **CASA MICHEL**

**O MAIS COMPLETO SORTIMENTO EM OÇULOS, PINCE-NEZ  
E LORGNONS, DE OURO 18 QUILATAS - PRATA - CHAPEADOS A OURO**

**BINOCULOS**

**CUIDADOSA EXECUÇÃO DAS  
RECEITAS OCULISTICAS**

**OFFICINA PROPRIA**

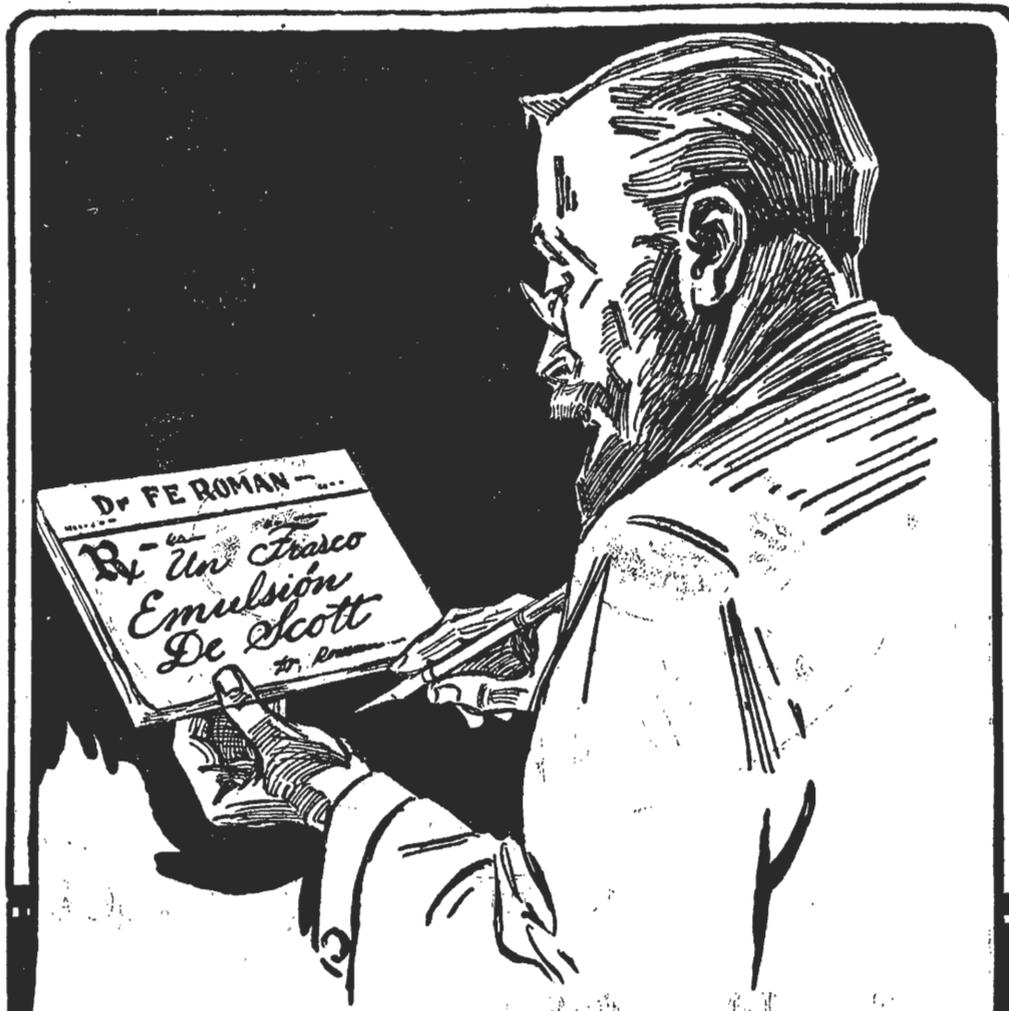
**PREÇOS MODICOS**

## **WORMS IRMÃOS**

**PROPRIETARIOS**

**Rua 15 de Novembro, 25-27 S. Paulo**

**Esquina da Rua da Quitanda**



## OS MEDICOS

em todos os paizes civilizados do mundo recommendam a

## Emulsão de Scott

para affecções pulmonares, anemia, rachitismo, debilidade geral, velhice prematura, etc.

Poderoso alimento e medicamento sem drogas nocivas nem alcool.

*Insistir pela original  
Emulsão de Scott.*



Nenhuma é legitima  
sem esta marca.

## VII — COXA

16 operações	{	3 incisões — adenites suppuradas
		5 extirpações { 3 ganglios inguinaes
		2 saccos aneurismaes (ligadura femoral).
		1 resecção do musculo biceps crural — myoma
		4 amputações de coxa { 3 osteomyelites.
		1 aneurisma suppurada.
		1 desarticulação coxo-femoral — osteomyelite.
1 osteosynthese — fractura mal consolidada.		
1 curetagem — epiphysite syphilitica.		

## VIII — JOELHO

7 operações	{	1 arthrotomia — arthrite suppurada
		4 "cerclages" da rotula — fractura
		1 osteotomia Mac Ewen — genu valgum
		1 extirpação sacco aneurismal — poplitea.

## IX — PERNA

53 operações	{	38 phlebectomias — varizes e ulceras varicosas.
		3 curetagens do tibia — osteomyelite
		1 curetagem do peroneo — osteite
		1 resecção extremidade inferior do tibia — luxação exposta da articulação tibio-tarsica.
		2 resecções do peroneo — osteomyelite
		6 amputações de perna { 1 molestia de Reynaud
		2 fracturas expostas suppuradas
		1 esmagamento
		1 côto defeituoso suppurado
		1 mycetoma
1 osteosynthese — fractura exposta do 1/3 inferior da tibia.		
1 dilatação e drenagem — phlegmão.		

## X — PE'

16 operações	2 curetagens	— osteomyelite
		6 resecções
	3 desarticulações	{ 1 grande artelho — osteoporose 1 grande artelho e metatarso — (fractura exposta suppurada. 1 metatarso — phalangiana — caria.
	5 amputações	{ 2 grande artelho — osteomyelite 2 grande artelho — mal perforante 1 dos artelhos—molestia de Reynaud

Em face da nossa estatística vemos que foram praticadas quatrocentas e oitenta (480) intervenções com a anesthesia rachidiana, sendo que dessas 444 foram executadas no serviço clinico do nosso distincto Mestre Dr. Carlos Botelho, por elle e pelos Professores Drs. Meira Filho e Montenegro e pelo Dr. Salles Gomes Junior, e 36 na 1.<sup>a</sup> Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, a cargo do nosso emerito Mestre e Chefé Professor Dr. Antonio Candido de Camargo, por si ou por seus substitutos, Professores Drs. Oliveira Fausto e Zeferino do Amaral.

Em todas essas 480 intervenções, só procedemos uma vez a rachi-anesthesia alta, tão aconselhada por Jonnesco, não obtivemos bom resultado, sem que o mesmo, entretanto, fosse funesto.

Em nossa estatística contamos com quatro insuccessos fataes, que passamos a commentar:

1) P. V. — 18 annos, italiano, solteiro. Diagnostico — Hernia inguinal esquerda estrangulada. Foi feita a rachi-anesthesia com 1 c.c. de solução de estovaina á 10 ‰. O doente accusou mal estar logo após, acompanhado de nauseas e suores frios, vindo a fallecer na enfermaria duas horas depois.

N. 7

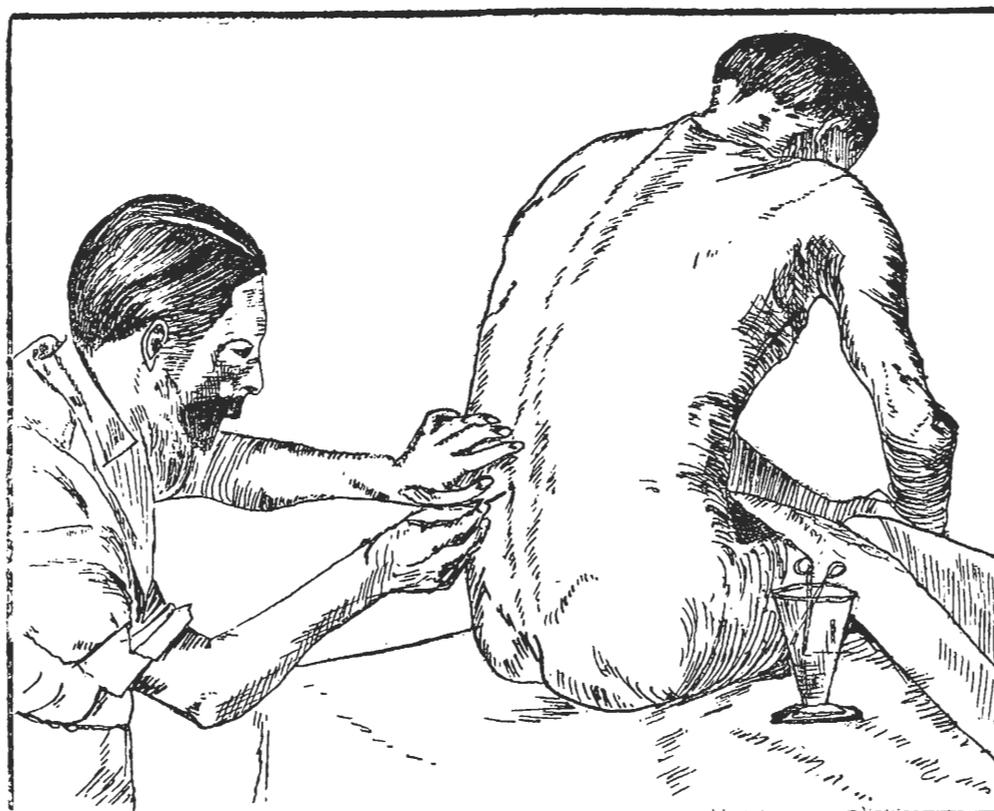


Fig. 1 - Posição do operador e do operando ao proceder-se a punção lombar - (Guffier e Desjosses)

N. 8

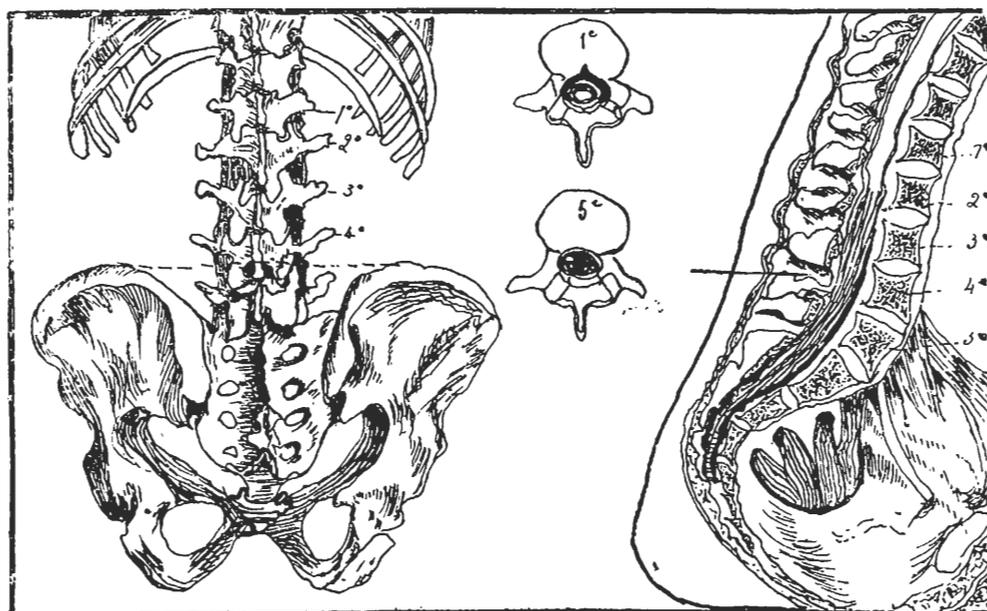


Fig. 2 - Schema da região lombar (Guffier e Desjosses)



2) E. B. — 20 annos, italiano, solteiro, marcineiro. Diagnostico — Hernia inguinal esquerda. Rachi-estovainisação. Foi feita a cura da hernia pelo processo Girard, com a manobra de Barker. Falleceu 24 horas após a injeção. Foi feita a autopsia, tendo sido diagnosticado como causa mortis a broncho-pneumonia.

3) S. C. R. — 59 annos, brasileiro, casado, professor. Ha 5 annos que não conseguia urinar sem sonda. Ha 2 dias que não urina de forma alguma. Foram feitas duas punções vesicaes. Operado foi feito a prostatectomia e catheterismo retrogado. Rachi-estovainisação. Falleceu dez dias depois da intervenção.

4) P. O. G. — 15 annos, brasileiro, solteiro, sem profissão — Ha nove mezes que fracturou o femur esquerdo, ficando com ankylose do joelho. Ha tres semanas levou uma queda, machucando o joelho, que começou a inchar consideravelmente. Operado, foi feita a incisão e evacuação do puz. Rachi-estovainisação. Falleceu um mez depois de septicemia.

---

Acabamos de ver que os tres ultimos doentes não succumbiram devido á anesthesia rachidiana pela estovaina, mas tão sómente o primeiro, tratando-se de um alcoolico inveterado.

Qual a causa da morte no primeiro caso?

Defeito de technica não houve, queremos crêr que o nosso doente apresentasse uma idiosyncrazia pela estovaina. Infelizmente não nos foi possivel fazer a necropsia.

Seja como fôr, vemos que em 480 intervenções, tivemos apenas uma morte pela nova anesthesia, o que é um resultado auspicioso, pois, bem sabemos, que o chloroformio e o ether, em mãos de anesthesiadores os mais experimentados, victimam em maior numero.

Concluimos, convencidos, mais uma vez, do grande valor anelgesico da rachi-estovainisação em todas as operações infra-diaphragmaticas, por isso que são patentes as suas vantagens, o que nos deve induzir a pratical-a sem receio de fracassos.

---

## BIBLIOGRAPHIA

- Tuffier* — L'Analgesie Chirurgicale par Voie Rachidienne.  
— L'Oeuvre Medico-Chirurgical. N. 24 — Mas-  
son & Cie. Paris — 1901.
- Oliveira Fausto* — Contribuição á Rachi-Cocainisação. —  
Revista Medica de S. Paulo, n. 10 — 1901.
- Zeferino do Amaral* — Valor Cirurgico da Rachi-Anesthesia.  
Imprensa Medica. Volume XIX, n. 10 — S. Pau-  
lo — 1911.
- Monod et Vanverts* — Traité de Technique Operatoire. —  
Masson & Cie. Paris — 1907.
- Le Filiâtre* — Anesthésie Générale par Rachicocainisation  
Lombo — Sacrée. — Gazette Medicale de Paris,  
n. 233 — 1914.
- Tuffier et Desfosses* — Petite Chirurgie Pratique. — Mas-  
son & Cie. Paris — 1914.



## PEMPHIGUS FOLIACEUS

(FOGO SELVAGEM)

Por J. TIBIRIÇA' FILHO, 3.º annista  
de Medicina.

O pemphigus foliaceus, vulgarmente conhecido sob a denominação de fogo selvagem, é uma molestia da pelle, mais ou menos espalhada no interior do nosso Estado.

No decorrer das nossas lições de clinica dermatologica, tivemos a oportunidade de observar dois casos de pemphigus foliaceus, cujas notas principaes passaremos a descrever.

O pemphigus foliaceus é uma molestia terrivel e quasi sempre fatal.

Temos diversos typos clinicos desta molestia, agudos, chronicos, dos recém-nascidos, vegetante e foliaceus que é o nosso caso.

E' um grupo já muito estudado, mas, infelizmente, muito obscuro. Quanto á pathogenia, não se a conhece exactamente, o mesmo não se dando em relação á histologia que é bem conhecida.

### MARCHA

Principia com manifestações francas de bolhas, as quaes apparecem, a principio, no peito e depois se espalham.

Mais tarde, tornam-se flaccidas.

Dá-se uma exsudação e a epiderme se torna frouxa.

O pedaço são, si esfregarmos, se destaca devido á exsudação.

No pemphigus foliaceus formam-se escamas, constituídas pelas diversas camadas do epithelio. Estas escamas tomam um aspecto especial que foi comparado ao dos pastéis de Santa Clara. No periodo adiantado, ha grande formação de escamas, que cáem com muita facilidade.

Este estado prolonga-se por muitos annos.

Nos ultimos annos, toma o aspecto de uma erythrodermia esfoliativa, que é o ultimo estadio de diversas molestias graves.

Ha casos raros de cura expontanea.

As bolhas que, ás vezes, se formam, seguem um trajecto serpiginoso e o derma denudado soffre transformações. Os doentes sentem frio com muita facilidade.

O prurido não é muito pronunciado e apparece no periodo mais adiantado.

Os doentes têm cheiro desagradavel.

O pemphigus foliaceus, muito raramente, ataca as mucosas e a unica atacada é a conjunctiva.

O pleno periodo escamoso é de tal modo typico que está livre de confusões.

A morte quasi sempre se dá por diarrhéa.

## DISTRIBUIÇÃO GEOGRAPHICA

E' uma molestia de zonas e, na Europa, existe no sul da Russia.

Todos os casos que appareceram na Santa Casa da capital são proveninetes de Franca, Ribeirão Preto, Batataes, Araraquara, Jaboticabal, Santa Cruz das Palmeiras e São Carlos do Pinhal.

## DIAGNOSTICO

Em relação ao diagnostico, não apresenta grande difficuldade: as escamas, como já ficou dito acima, tomam um aspecto especial e todo o corpo do individuo toma uma coloração vermelha, comparavel á de um presunto.

A's vezes, o diagnostico do pemphigus foliaceus póde apresentar alguma difficuldade em relação á pityriasis rubra, mas, neste caso, devemos levar em consideração, a superficie humida que apresenta o pemphigus foliaceus e a formação de bolhas, caracteres estes que faltam completamente na pityriasis.

## ETIOLOGIA

Quanto á etiologia, esta é desconhecida.

Como é uma molestia de zona e como todas estas são de origem parasitaria, somos levados a crêr que tambem o seja.

O pemphigus foliaceus ataca com mais frequencia os adultos, podendo, porém, atacar as crianças e, com mais frequencia, a mulher que o homem.

O pemphigus foliaceus, segundo os livros europeus, ataca de preferencia os individuos debilitados.

Entre nós, temos observado o contrario: o pemphigus foliaceus não poupa raça, nem nacionalidade.

## TRATAMENTO

Com relação ao tratamento, não possuímos recursos.

O papel do clinico limita-se a minorar os soffrimentos do doente.

Em geral, dão-se bem com banhos demorados e pomadas que tornam a pelle flaccida.

Quando apresentam prurido, collocamos pomada de zinco. Ha um processo empregado na Europa e que tem dado resultado — é um tratamento classico antigo: Hebra verificou que os doentes se dão bem no banho e, por isso, os colloca em banhos permanentes de 37 graus centigrados.



#### REVISTA

Não podia ter sido melhor a acceitação que nossa "Revista" teve não só em São Paulo, como também no Rio e na Bahia. Entre os muitos officios de felicitações recebidos pela Redacção, notam-se os do Dr. Aloysio de Castro, director da Faculdade de Medicina do Rio; Dr. Oswaldo Cruz, director do Instituto de Manguinhos e Dr. Prado Valladares, cathedratico de Clinica Medica da Faculdade de Medicina da Bahia.

#### CONFERENCIAS

No dia 15 do corrente, perante grande numero de medicos, director e professores da Faculdade e muitos alumnos, o "Centro" realisou, no salão nobre da Santa Casa, a 7.<sup>a</sup> conferencia scientifica. Desta vez occupou a tribuna o Dr. Etheocles de Alcantara Gomes, substituto de physiologia. O illustrado medico que apesar de joven tem já um nome formado em cardiopathologia, discorreu durante mais de uma hora sobre a "Tracheo-broncho-phonése", assumpto que tem estudado com rara dedicação e que é conhecido com o nome de "methodo Alcantara Gomes".

O trabalho do distincto professor mereceu os mais justos elogios e a "Revista" terá a grande honra de poder apresental-o aos seus leitores.

\*\*\* A 12 do corrente inaugurou o "Centro" a série de conferencias de alumnos; esta idéa, ha pouco lançada pela actual directoria parece ter caído em um terreno fertil, porque sabemos que já ha varios alumnos que pretendem se inscrever. Esta primeira conferencia que versou sobre "O corpo calloso e as apraxias", vae publicada em outra parte da "Revista".

#### MUSEU

Por proposta do sr. Souza Campos, foi criado o "Museu e Mostruario do Centro", para os quaes serão acceitas quaesquer offertas, como objectos raros, instrumentos, aparelhos, medicamentos, etc. Ao "Museu" foi gentilmente enviado pela Casa Moser & Co., uma seringa de Corvisart, muito rara e antiga; aos srs. proprietarios deste estabelecimento apresentamos aqui os nossos agradecimentos.

#### VISITAS

Em nome do "Centro" os srs. Flaminio Favero, Filemon Mar-

condes, Horacio Figueiredo e João Procopio visitaram o dr. Zeferino do Amaral, assistente de clinica cirurgica e sr. Henrique Dante de Castro, quartannista desta Faculdade, os quaes se achavam enfermos.

\*\*\* Sob os auspicios do Centro Academico "Oswaldo Cruz", realisou-se no dia 8 de agosto, uma visita dos alumnos do 4.º anno desta Faculdade, ao Hospital de Guapira; acompanharam-n-os nessa excursão scientifica os drs. A. Carini e J. Pires Fleury, respectivamente cathedratico e preparador de Microbiologia, e o dr. Emilio Ribas, competente director daquelle estabelecimento de caridade; durante a visita, os alumnos tiveram occasião de verificar alguns casos interessantissimo, seguidos de proveitosas lições do dr. Emilio Ribas, ao qual cordialmente o "Centro" agradece as attentões que dispensou aos consocios e collegas. Agradecemos igualmente ao exmo. sr. dr. secretario da Agricultura a gentileza de mandar pôr á nossa disposição um carro especial no Tramway da Cantareira.

#### "FEDERAÇÃO ACADEMICA DE S. PAULC"

"Declaro para os devidos effeitos, que, em virtude da denuncia do pacto firmado em 3 de maio de 1915 entre os presidentes de varias associações academicas paulistas e o presidente da Associação Brasileira de Estudantes, por parte do Centro Academico da Universidade de

S. Paulo, em agosto de 1915, do Gremio Polytechnico em maio de 1916, e do Centro Academico "Oswaldo Cruz", fica extincta a Federação Academica de São Paulo.

O saldo de 121\$800 retirado da Caixa Economica, junto á quantia de 100\$000, producto da venda do mobiliario, será por mim entregue a uma associação de caridade, depois de deduzida do total a importancia para esta publicação.

Os livros, recibos e demais documentos acham-se á disposição dos interessados, para serem livremente examinados, em a minha residencia, á rua Aurora n. 94, durante o prazo de 15 dias, a contar de hoje.

S. Paulo, 25 de julho de 1916.  
Assignado: — **Archimides Pereira Guimarães**, ex-secretario geral.

(Do "O Estado de S. Paulo").

#### DONATIVOS

"Pedem-nos o senhor Archimides Pereira Guimarães, ex-secretario geral da Federação Academica de S. Paulo, e encarregado da liquidação dessa Sociedade Academica declarar que distribuiu o saldo de 211\$800, existente em seu poder pelas seguintes instituições de caridade: Hospital de Guapira, 50\$000; Maternidade, 100\$000; Gotta de Leite, 50\$000; familia do poceiro Candido Isaias, 11\$800.

Essas quantias acham-se no escriptorio desta folha á disposição dos interessados."

(Extraído do "O Estado de S. Paulo").



*P*edimos aos Snrs. Assignantes  
do Interior do Estado e de outros Es-  
tados, fazer-nos a fineza de enviar,  
pelo Correio, a importancia de sua  
assignatura.

*Pedimos mais, avisar-nos caso  
haja qualquer falta no recebimento da  
"Revista".*





# SUMMARIO

Naevus. naevus pigmentoso e melano-sarcoma— pelo prof. Dr. W. Habersfeld. . . . .	pag. 67
O corpo calloso e as apraxias — por João Procopio . . . . .	pag. 78
Factos clinicos—Sobre um caso de tumor da fossa cerebral media — pelo prof. Dr. O. Pires de Campos . . . . .	pag. 94
A anesthesia rachidiana—por J. Ferreira Santos . . . . .	pag. 109
Pemphigus foliaceus—por J. Tibiriçá Filho . . . . .	pag. 120
Noticiario . . . . .	pag. 123

---

## 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](mailto:dtsibi@usp.br)).