

REVISTA de MEDICINA

PUBLICAÇÃO DO CENTRO ACADEMICO "OSWALDO CRUZ"
DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO — BRASIL.

ANNO XII

4.º TRIMESTRE DE 1927

NUM. 49

Vol. 12

Summario :

	Pgs.
Chronica - Redacção	423
Notas de therapeutica - Prof. Rubião Meira	425
Em torno de um caso de cystodermoma do ovario - Academico José Oria	429
Da hemo-sedimentação na tuberculose pulmonar - Doutorando Euwaldo Martinelli.	441
Lipomas sub-mucosos do intestino - Invaginação no adulto - Dr. Ayres Netto e academico Geraldo Vicente de Azevedo	460
Gli aspetti piu importanti del problema del sistema motorio extrapiramidale - Prof. G. Mingazzini.	478
Noções de psychopathologia forense - Dr. A. C. Pacheco e Silva.	481
Compressão parcial da cauda equina - Doutorando Georgides Gonçalves.	494
Do abortamento criminoso em S. Paulo - Doutorando Caetano Zamitti Mammana.	507
O exame medico pre-nupcial - Dr. Paulo de Godoy	518
Pela Faculdade - Vida Official - Sociedade Arnaldo Vieira de Carvalho - Chás scientificos - Liga de Combate á Syphilis - Centro Academico Oswaldo Cruz.	529 a 536

DIRECTOR :

PROF. RUBIÃO MEIRA

REDACTOR :

EURICO BRANCO RIBEIRO



REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA BRIG. TOBIAS, 45

SÃO PAULO — BRASIL.

FACULDADE DE MEDICINA DE S PAULO

Director: Dr. Pedro Dias da Silva

Vice-Director: Vago

Secretario: Dr. Domingos Goulart de Faria.



PROFESSORES CATHEDRATICOS:

Dr. Raphael Penteado de Barros	Physica Medica
Dr. Guilherme Bastos Milward	Chimica Geral e Mineral
Dr. Lauro Travassos (contratado)	Biologia Geral e Parasitologia
Dr. Affonso Bovero (contratado)	Anatomia
Dr. Edmundo Xavier	Chimica Organica e Biologica
Dr. Ernesto de Souza Campos	Microbiologia
Dr. Cantinho de Moura Campos	Physiologia
Dr. Carmo Lordy	Histologia e Embryologia
Dr. Jayme Pereira	Pharmacologia
Dr. Adolpho Carlos Lindenberg	Clinica oto-rhino-laryngologica
Dr. Henrique Lindenberg	Clinica dermatologica e syphiligraphica
Dr. Antonio de Paula Santos	Pathologia Geral
Dr. Ludgero da Cunha Motta	Anatomia Pathologica
Dr. Sergio Paiva Meira Filho	Anatomia medico-cirurgica e Medicina Operatoria
Dr. Affonso Regulo de Oliveira Fausto	Pathologia Cirurgica
Dr. Pedro Dias da Silva	Pathologia Medica
Dr. João de Aguiar Pupo	Therapeutica e Arte de Formular
Dr. Geraldo Horacio de Paula Souza.	Hygiene
Dr. Flaminio Favero.	Medicina Legal
Dr. Antonio de Almeida Prado	Clinica Medica — 1. ^a cadeira Propedeutica
Dr. Antonio Candido de Camargo	Clinica Cirurgica — 1. ^a cadeira
Dr. Ovidio Pires de Campos	Clinica Medica — 2. ^a cadeira
Dr. João Alves de Lima	Clinica Cirurgica — 2. ^a cadeira
Dr. Domingos Rubião Alves Meira	Clinica Medica — 3. ^a cadeira
Dr. João Paulo da Cruz Britto	Clinica Ophtalmologica
Dr. Nicolau de Moraes Barros	Clinica gynecologica
Dr. Delphino Pinheiro de Ulhoa Cintra	Clinica pediatrica
Dr. Raul Carlos Briquet	Obstetricia e Clinica obstetrica
Dr. Enjolras Vampré (contratado)	Clinica psychiatrica e neuroiatrica
Dr. Manoel de Rezende Puech	Clinica cirurgica infantil e orthopedica
Dr. Celestino Bourroul	Medicina tropical

/

PROFESSOR SUBSTITUTO:

Dr. Benedicto Montenegro

Anatomia, Anatomia medico-cirurgica e Medicina Operatoria.

Revista de Medicina

PUBLICAÇÃO DO CENTRO ACADEMICO "OSWALDO CRUZ"
DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO BRASIL

DIRECTOR: PROF. RUBIÃO MEIRA - REDACTOR: EURICO BRANCO RIBEIRO

ANNO XII

4º. TRIMESTRE DE 1927

Nº. 49

12

CHRONICA

E, *POUCO* avisado quem despreza o trabalho das creanças, dizem. E é. A pratica nos demonstra, todos os dias, que a actividade das creanças, intelligentemente guiada e aproveitada, constitue uma somma preciosa de realização, digna de merecer attenciosa consideração.

Ora, os estudantes de medicina não são, em sciencia, mais do que méras creanças, cuja actividade pode bem transformar-se numa fonte de verdadeiras obras de valor, uma vez que ella se governe segundo uma orientação intelligentemente traçada.

Não vae aqui nenhuma injustiça de apreciação ao que vale, de si só, o trabalho do estudante. Vem-se reconhecendo, de muito, que a applicação e o esforço dos rapazes academicos, no que respeita a assumptos medicos estranhos aos deveres do curso, merecem os maiores encomios, pela contribuição não escassa que dahi resulta para o progresso da sciencia.

Tal verdade, porém, não deve limitar-se ao estimulo de infundir-lhes o gosto pelas pesquizas e de incital-os a que se entreguem a ellas cheios de entusiasmo e esperança. E' preciso que se entrevejam nos successos obtidos por estudantes não só a coroação de um esforço individual, mas tambem a possibilidade de melhores e maiores resultados, quando domine o espirito de associação do trabalho, consubstanciado na ansia de compartilhar de um novo estudo.

E' tempo já de se evidenciar em nosso meio academico esse espirito de associação do trabalho, que, em nossa Faculdade, presidiu á fundação da Sociedade Arnaldo Vieira de Carvalho, promissora realização, que, por emquanto, só tem feito juz ao merito de vir despertando o interesse dos estudantes para os trabalhos extra-curso, sem aggregal-os com finalidades definidas.

Assim, para que não se perca em coisas vãs a actividade dos jovens homens de sciencia — se é que já merecem os academicos essa classificação — cumpre seja ella bem norteada por uma directriz visando fructos que não sejam os venenosos nem os inuteis e sim os que trazem o sabor agradável dos alimentos da saúde.

Orientação, enconral-a-ão os estudantes no proprio seio da Sociedade, de que participam, como membros titulares, os professores da nossa Faculdade, mestres e amigos dos moços esforçados, guias seguros, na estrada da sciencia, dos seus primeiros passos titubeantes.

Enthusiasmo, esse não faltará, sem duvida, a quem traz a impulsional-o a força da mocidade.

Campo de acção, está ahi essa Faculdade nova, que se levanta e se alteia para o primeiro posto entre as que fulguram na America do Sul.

Falta, portanto, focalizar a directriz e metter mãos á obra.

E, se as disposições são essas, volvam-se os olhares, em primeiro logar, dentro dos horizontes da Patria e encarem-se os problemas medicos que lhe são affectos.

Em resumo, cabe aos professores encaminhar os alumnos, numa harmoniosa congregação de ideaes, para o estudo dos problemas medicos do paiz, distribuindo-lhes temas por intermedio da Sociedade Arnaldo Vieira de Carvalho, dirigindo-os e acompanhando-os de perto nas pesquisas a fazer, abrindo-lhes as portas dos seus serviços de laboratorio ou de clinica, guiando-os com mãos seguras nesse campo vasto que já é, hoje, a nossa Faculdade de Medicina.

Teremos effectivada uma tal iniciativa?

E.

Notas de therapeutica

Os casos medico-cirurgicos

Pelo Prof. Rubião Meira

NEM sempre é facil ao medico resolver qual a therapeutica a seguir naquelles casos em que é a cirurgia quem tem de dar a ultima demão. Taes são os dos doentes de appendicite, de cholecystite e das ulceras gastricas e duodenaes — estes entre os principaes e os mais costumeiros casos clinicos. Qual a conducta a seguir? Intervir desde logo? Intervir sempre? Este é um dos problemas clinicos mais difficeis e em que a poeira da dissidencia inda se não ap- placou. O mais arduo, antes do mais, é o estabelecimento certo do diagnostico. Vamos por partes e deixemos aqui firme a nossa opi- nião, fructo de larga experiencia e observação clinicas.

Iniciemos o nosso pensar pelas appendicites. O que ha a fazer antes de mais é estabelecer o diagnostico exacto. Porque, eu penso, e commigo hão de pensar innumerous clinicos, a maioria, a enorme maio- ria dos casos operados de appendicite não é de appendicite. Opera-se com frequencia colite e o doente fica sem o appendice e continua com o mesmo cortejo de dores, os mesmos incommodos, as mesmas crises alternativas de diarrhea e constipação. Opera-se frequentemente mo- ças que tem dôr no ponto de Mac Burney nas occasiões das mens- truações, e ellas ficam sem o appendice e continuam a ser reguladas dolorosamente. Esses são os casos mais frequentes. Não quero falar de doentes que vão á mesa de operação para serem extirpados do ap- pendice e têm febre typhoide ou salpingo ovarite suppurada. Esses são os menos frequentes, enquanto os outros são legiões. O doente tem dôr no appendice, vem o medico e grita appendicite. A familia assusta-se e chega o cirurgião, com seu bisturi, elimina o appendice. e tudo continua na mesma.

Este é o ponto mais serio da questão. Antes de tudo é preciso firmar exactamente o diagnostico. E' sabido que cerca de 80 % dos casos operados como appendicite não são de appendicite. Diariamen- te vejo no meu consultorio pessoas que lá chegam, apresentando phe- nomenos dolorosos para o lado da região appendicular e que, por

isso, foram operadas de appendicite, e no entanto os mesmos symptomas continuam. De sorte que manda o dever profissional que o medico, antes de tudo, firme o juizo exacto da molestia. E isto não é difficil. Porque, eu me opponho á opinião de muitos, de fazer operar o individuo quando apparece a dôr de ventre, ao lado direito. Não se tem o direito de operar sem indicação precisa, e esta indicação só pode ser verificada pelo medico clinico. E' o medico quem manda o cirurgião operar. O contrario está errado. Ha casos em que o diagnostico se impõe, em que o quadro clinico é empolgante e então o proprio cirurgião pode e deve decidir, sem assistencia do clinico. Ha opinião errada de se operar o que chamam "appendicite chronica, porque, em regra, toda a appendicite é chronica. São os surtos agudos que chamam a attenção do paciente, mas a inflammação do appendice já existe, chronicamente. O individuo pode ter uma crise de appedicite aguda, com todo seu cortejo symptomatico, e, no emtanto, curar-se deste accidente agudo e nunca mais ter outro. Tenho visto desses casos em numero grande: Meu archivo clinico encerra muitos desses casos. E, nunca me arrependi de não ter feito operar desde logo, porque se deve sempre pensar na gravidade de intervenção, por mais facil que seja, nos accidentes que podem sobrevir, na chloroformisação ou etherisação, em tudo o que comporta uma intervenção na cavidade peritonal. Quantos individuos têm ido á mesa de operação para serem operados de appendicite, que sararia, e tem succumbido ao chloroformio! Quantos têm sido victimas do ileus paralytico! E o medico não tem o direito de fazer correr risco á vida do doente, sem necessidade imperiosa de fazel-o. O primeiro ataque e mesmo o segundo podem ser curados, sem a intervenção. O medico tem que fazer o tratamento clinico — repouso absoluto no leito, gelo sobre o ventre, dieta hydrica, acompanhando sempre o doente com maxima cuidado, observando sobretudo o pulso. Quem dá a chave para a orientação do clinico na appendicite é o estado do pulso. Emquanto houver relação exacta entre este e a temperatura nada ha a receiar. A maxima attenção, portanto, deve ser para ahi dirigida — essa é que é a bussola conductora da sua orientação. Quebre-se o equilibrio e está ainda em tempo ao medico de recorrer á cirurgia. Um aviso, entretanto, deve ser dado. E' que, si o individuo é muito nervoso e impressionavel, pode ter o pulso exagerado, sem estar em condições desfavoraveis. Por isto o medico deve observar outros symptomas que indicam sempre gravidade no estado do doente e necessidade de intervenção — é a physionomia do paciente. Essa altera-se logo quando intervem gravidade. São os phenomenos de irritação peritonal, sabido como é que, afinal de contas, a appendicite não deixa de ser uma variedade de peritonite. A meu ver nem todos os casos de appendicite devem ir á mesa de operação. Agora, quando o caso é grave manifesta-se grave desde o inicio e não ha outra cousa senão intervir. São os vomitos que não cessam, é a dôr que

continua sob influencia do tratamento pelo gelo e se agrava, é o afilamento do nariz, é a violencia do inicio, é a inquietação geral, esse estado todo que indica impregnação toxica da economia. Ahi então não ha titubeação possivel — quanto mais rapidamente fôr operado o doente, mais probabilidades tem de salvamento. Si com o tratamento medico os phenomenos vão se amainando não ha necessidade de recorrer-se á operação. Pode-se, sem susto, esperar outra e outras crises — pois ás vezes, o processo inflammatorio desaparece e o doente cura, conservando o seu appendice, cuja funcção até hoje é desconhecida, mas que nem por isto deve-se despojal-o do individuo.

Resumindo — não operar as appendicites em que o tratamento medico vae dando resultado, operar logo aquellas em que tudo vem anomalamente e em que os phenomenos não cedem de prompto; não operar as appendicites chronicas, porque os soffrimentos perdurarão e nenhum beneficio traz ao paciente a retirada do orgam. Mas, o maior cuidado, a maior attenção do medico em todos os casos, deve ser dirigida para o pulso. Emquanto, este for bom, de accordo com a temperatura, não ha perigo, e esse perigo desapparece com a intervenção logo que se der o desequilibrio. E' esta a minha maneira de agir, com a qual não me tenho dado mal, e não me posso estender em considerações outras, nem apresentar o grande archivo clinico que possuo, por se tratar apenas aqui de alguns conselhos therapeuticos. Mas, esta é a conclusão a que cheguei, depois de centenas e centenas de observações que venho fazendo diuturnamente no exercicio de minha clinica.

As cholecystites occupam outro lugar importante no espirito do medico, maximé entre nós, onde, hoje, avultam consideravelmente. Si a cholecystite é suppurada não ha hesitação possivel — é recorrer logo ao cirurgião. Si a cholecystite é calculosa e se acompanhada de crises dolorosas ininterruptas, que não deixam socegar o doente, que o martyrisam dia e noite, só cessando por momentos sob a influencia da medicação opiacea, que dá o risco de morphinomania, si a ictericia impenitente intervem, si os periodos de acalmia são mui pequenos — não ha tambem dois caminhos a seguir, e a intervenção cirurgica, é o unico meio que o medico tem que escolher. A intervenção hoje, na vesicula, é corrente e dá sempre resultado satisfactorio. Mas, si as colicas não sobrevêm com frequencia, si ha grande interregno entre o periodo de bem estar e o soffrimento doloroso, si a ictericia não apparece, si o estado geral se mantem bom, não ha necessidade urgente em recorrer ao bisturi do cirurgião. O regime deve ser aconselhado, a medicação pelo eunatrol administrada, e tenho visto innumerous casos em que existe a expulsão de terras biliares — occasionando a cessação das crises que se não repetem, debaixo, sobretudo, de regime severo e prolongado. A tendencia moderna é para operar a cholecystite calculosa desde logo — eu faço o que acima vae dito e os resultados têm sido satisfactorios.

As ulceras gastricas e duodenaes — mando-as operar logo estabelecido o diagnostico. Com o tratamento medico corre-se um grande risco — o de fazer desaparecer os symptomas, mas o processo ulceroso continuar e repentinamente determinar perfuração, com seus resultados gravissimos. Neste assumpto sou radical.

Taes são o conselhos que dou aos jovens medicos, baseados na grande somma de casos observados, em que tenho feito cair minha opinião.

LABORATORIO DE CHIMICA, MICROSCOPIA E BIOLOGIA CLINICAS

ANALYSES EM GERAL - VACCINOTHERAPIA

DR. OSCAR M. DE BARROS

DR. MENDONÇA CORTEZ

RUA DIREITA, 25 - 1.º andar

Telephone: Central, 5033

Caixa Postal, 1600

SÃO PAULO

Em torno de um caso de cystodermoma do ovario

(Contribuição ao estudo anatomo-pathológico e histogenótico dos tridermomas em geral).

Trabalho do laboratório de Histologia e Embryologia da Faculdade de Medicina de São Paulo, apresentado á Sociedade Arnaldo Vieira de Carvalho pelo academico José Oria.

PRELIMINARES

A LITTERATURA conta relativamente poucos casos de teratoma em geral. A observação de tridermomas puros dos órgãos genitales é pois muito rara, o mesmo não se podendo dizer dos cystos dermoides ou teratoides que são mais frequentes.

Em São Paulo, poucos são os casos descriptos.

Assim é que nesses ultimos 10 annos os casos conhecidos são pelo que parece sómente os seguintes:

1.º) Teratoma intra-craniano (forma rara) — caso do prof. Bovero, ainda não publicado.

2.º) Cysto-dermoma do ovario, representando um esboço da arvore respiratoria e uma struma-celloide — caso do Dr. C. Lordy, quando assistente de Anat. Path. da nossa Faculdade — publicado em 1918.

3.º) Teratoma do polo caudal, localizado na região glutea — caso do Dr. João Montenegro, do Lab. de Anat. Path. da Santa Casa — estudado em 1923.

4.º) Teratoma do pharynge — caso do Dr. Juvenal Meyer, do Instituto de Anat. Path. da nossa Faculdade — publicado em 1926.

5.º) Tridermoma do ovario, forma immatura, sólida, extirpação de uma menina de 14 annos com deficit sexual e psychico — caso recente e ainda em estudo — do mesmo Dr. Meyer.

O nosso caso, por sua vez, representa tambem um tridermoma do ovario, sendo porém de forma madura e cystica.

Clinicamente era um tumor do ovario, sendo a portadora uma adulta multipara para cujo exame physico, afóra a presença do tumor, nada revelou de anormal.

Intervenção cirurgica, levada a effeito em Março deste anno, no serviço da Maternidade, dirigido pelo Prof. Raul Briquet.

A peça foi enviada ao Lab. de Histologia e Embryologia; procedemos ao exame e estudo guiados pelo Prof. C. Lordy.

CONSIDERAÇÕES GERAES SOBRE TRIDÉRMOMAS

Definição — Divisão — Classificação — As formações teratologicas pertencem á categoria dos chamados tumores mixtos propriamente ditos, por serem constituídos de elementos de varios folhetos embryonarios, de tal modo que, uma vez evoluídos; reproduzem o que se costuma chamar: *aspecto organismoide*.

Por seu lado os communs tumores mixtos encerram em si elementos derivados de um folheto ou de dois folhetos no maximo, proliferam sem modo systematico, sem tendencia alguma de reproduzir determinada parte do organismo. Tumores mixtos propriamente ditos seriam, pois, todos aquelles que embora monodermicos se differenciam em dois ou mais sentidos. Por exemplo: d'entre os mesenchymas: — o myxo-chondroma, o fibro-lipoma, o fibro-myoma, o myxo-fibro-chondroma, etc., ou então os myxo, — fibro, — chondro-sarcomas, desde que este (o sarcoma) se asseste junto ao tumor maduro cada qual evoluindo para seu lado.

Tambem são mixtos aquelles que, sendo de origem didermica, proliferam de dois germens que iniciaram sua differenciação (ectodermica e mesodermica) cada qual em sua direcção, embora combinados ou conjugados.

Exemplo: o cancro-sarcoma.

Visto isso, como chamar as formações teratologicas que são ao mesmo tempo tumores mixtos?

Poderemos chamal-as com Barbacci de *teratomas*, porque esta palavra no seu intimo significado etymologico demonstra que taes variedades neoplasticas offerecem ligação, dum lado com os tumores, e d'outro lado com as málfomações e monstruosidades.

Assim é que, dum lado, o teratoma pode se apresentar com seus tecidos adultos, coetaneos aos do portador do tumor, d'outro lado pode se apresentar com os mesmos não evoluídos, immaturos, portanto sem ter a mesma idade que os do portador.

Essa disposição fez com que se os dividisse em duas classes: 1.^a) a dos teratomas simples ou parasiticos ou coetaneos ou adultos ou cysticos; 2.^a) a dos teratomas blastomatosos, ou embryonarios ou solidos.

Os teratomas do ovario obedecem geralmente á 1.^a

Obedecem á 2.^a os teratomas do testiculo.

Todavia quer os da 1.^a quer os da 2.^a classe, todos estão sujeitos á mesma regra fundamental, que radicalmente os separa dos demais tumores mixtos; isto é, é teratoma todo tumor cujas partes componentes se dispõem de maneiras a integrar um rudimento do sistema organico. Porém, essas partes componentes se dispõem sem proporcionalidade na sua organização, de modo a termos mesclado entre si, sem regra alguma, tecidos da mais variada natureza: pelle junto a segmentos do tubo digestivo ou do canal respiratorio, formações glandulares ao lado do tecido nervoso, etc: etc.

Como classificar os teratomas?

Wilms classificava-os pela sua raiz, em bidermomas e em tridermonas, isto é, segundo fossem compostos de elementos de dois ou de tres folhetos.

Quanto aos monodermomas de Wilms, estes devem ser localizados fóra dos teratomas, e agrupados entre os tumores simples. Porém ha teratomas que são pseudo-monodermomas: nos casos em que os teratomas venham a soffrer um desenvolvimento unilateral, e integrar formações que na maioria das vezes se confundem com tumores simples. No caso de Saxer havia num cystoma do ovario a representação de um unico folheto, isto é, o teratoma se reduzia á presença anormal dum simples dente. E' muito commum encontrar, unicamente uma struma colloide representando um cystoma do ovario (casos de Glockner, R. Meyer, etc).

Em todos esses casos estamos diante não de monodermomas, mas de bi ou tridermomas em que os representantes de restante ou restantes folhetos soffreram uma parada do desenvolvimento e consequente atrophia em estadios bem precoces.

Podem-se classificar os teratomas pela sua séde, isto é, elles apresentam caracteres differenciaes bem nitidos conforme o ponto em que se localizarem:

1.º) *Teratomas das glandulas germinaes* — localização predilecta, a qual se explicaria, como veremos mais adiante, por hypotheses as mais diversas. Desses teratomas, o do ovario é quasi sempre maduro, isto é, tem um aspecto morphologico cystico, emquanto que o do testiculo é quasi sempre immaturo, e tem um aspecto morphologico solido. O 1.º é clinicamente benigno e o segundo maligno, podendo dar metastese.

2.º) *Teratomas da extremidade caudal*, ou *sacro-coccygêos* — são em essencia proximos ás monstruosidades.

3.º) *Teratomas das grandes cavidades serosas* — que se localizam no revestimento celomatico, e tem uma afinidade genetica com os teratomas das glandulas sexuaes.

4.º) *Teratomas da extremidade cranial* — cervicaes, orbitarios, intra-cranianos e os epignatas. Os epignatas são representados pelos teratomas das cavidades nasal, buccal e pharyngéa.

A interpretação dos epignatas obedece ás mesmas regras dos teratomas sacraes. Quanto aos teratomas intra-cranianos seu mechanismo de origem é semelhante ao dos demais, todavia com algumas particularidades que mais adiante veremos. Os intra-cranianos são os teratomas mais raros. Em 1914 Jacob (de Buenos Ayres) contava cerca de dez somente com essa localização. Lugar de predilecção parece ser a região hypophysaria ou então a epiphysaria. No cerebro mesmo só existiriam poucas observações: uma de Eberth, na região parietal, uma de Talson e outra de Strassmann, nos ventriculos lateraes, uma de Saxer, no terceiro ventriculo e emfim, uma de Jacob, no aqueducto de Sylvio. Entre nós ha um caso de teratoma intra-craniano. (Caso supracit. do Prof. A. Bovero.)

Pathogenia — Qual a origem dos tumores de complexa constituição que acabamos de classificar, qual o mechanismo e quaes as condições de sua genese? Muito se tem discutido e muito se discute ainda.

São innumerables as theorias, as hypotheses, sendo que umas pretendem explicar a origem dos tumores mixtos em geral e outras a dos teratomas, e nesse segundo grupo theorias especiaes têm sido elaboradas nos casos de teratomas das glandulas germinales.

Foi Wilms quem expôz a primeira theoria geral dos tumores complexos, enunuciando que para ver um tumor de complexa constituição, é necessario que se destaque um germen embryonario num periodo bem *precoce* de desenvolvimento e que perca suas connexões normaes, afim de adquirir outras anormaes, e que uma vez desenvolvido, integrará uma parte extranha á parte em que se incluiu. Até aqui em nada differe da classica theoria de Cohnheim da génese dos tumores em geral, porém, Wilms enuncia outros pontos de vista fundamentaes que assim poderão ser resumidos:

1.º) Esse germen destacado e incluído, despertando e evoluindo ulteriormente, ha de se differenciar em tecidos diversos, mas com harmonia reciproca ao ponto de fornecerem um complexo organico.

2.º) Quanto mais cedo se der o destaque, mais complexo será o tumor, isto é, maior será a potencialidade do germen para se differenciar em varios tecidos. Por exemplo: se esse destaque se dê nos periodos primarios de vida embryonario antes de se formarem os tres folhetos de blastodorma, nós teremos por força, uma vez o tumor desenvolvido, todos os tecidos que entram na constituição do corpo, um verdadeiro *embryoma*.

3.º) Caso contrario, quanto mais tarde se dê o destaque, tanto menor será o campo de differenciação do germen e tanto mais simples o tumor.

4.º) Um ultimo ponto de vista se acrescentaria aos de Wilms e que é dado por outros autores, isto é, a possibilidade de se processar o destaque e a inclusão de mais de um germen, como no caso dos teratomas dos pólos frontal e caudal. Nesse caso não é necessario que se dê a inclusão em phases muito primarias.

A theoria de Wilms tem grande valor para explicar a origem das fórmias menos complexas isto é, daquelles que derivariam dum periodo adiantado de desenvolvimento, quando se tenham dispostos em grupos individualizados os elementos dos tres folhetos.

Sabemos pelas pesquisas de Ruffini, que mesmo na phase da blastula já temos a topographia dos tres folhetos, muito antes do apparecimento do endoderma pelo phenomeno da gastrulação, e muito antes ainda de se ter formado o folheto intermediario. Logo, nós deduzimos que o periodo de destaque do germen pode ser menos tardio de quanto affirmam os auctores, e pode se rocessar em phases que aparentemente não possuem, mas que na realidade possuem posição topographica insophismavel.

Para explicar a origem dos teratomas dentro de um periodo mais precoce foi invocada uma segunda theoria, a theoria blastomerica de Marchand-Bonnet. Assim é que, sendo o blastomero elemento da primeira phase (phase da segmentação) elle possui um poder germinativo identico ao da cellula ovo, um valor ovipotente. Uma vez esse blastomero isolado e tornado independente, elle seria apto a fornecer um ulterior desenvolvimento teratologico, em systema organico desproporcional.

A theoria de Marchand-Bonnet tem a vantagem de poder explicar o facto da frequencia dos teratomas nas glandulas genitales. Senão vejamos:

A cellula ovo fecundada desde logo adquire um grande plano de especificidade, isto é, ella contem, no seu interior dum lado o plasma somatico (somatoplasma): — A —) e doutro lado; o plasma germinativo (germiplasma: — B —'). (Weissmann). Quer dizer que desde que ella venha a soffrer a segmentação, uma das esferas será: esphera somatica — A¹ — e outra, a esphera germinativa — B¹ —. De A¹ nascerão A² e A² ou seja, o tronco principal de todas as cellulas somaticas. De B¹ nascerão X e Y X é o tronco principal do endoderma, do mesoderma (com alguns elementos para o stomodeo) e Y será o ponto de partida de uma linha blastomerica que depois de quatro gerações, dará G¹ e G², ou seja as *incipiaes* genitales, as quaes permanecerão em repouso até aos primeiros estadios do, desenvolvimento post-embryonario. Tudo isso explicava baseados na theoria de Weissmann e nas experimentações de Zoja, Boveri, Zur Strassenn nos ovos do *ascaris-megalocephala*.

Posto isto admittamos uma desordem na physiologia embryonaria dessa phase, admittamos que um ou mais blastomeros da linha somatica se destaquem do seu conjuncto e se incluam no conjuncto dos blastomeros germinales, teremos que, num dado instante prematuro da vida embryonaria um elemento somatico permanecendo aberrante dentro de elementos germinales, terá ulteriormente toda a capacidade de se differenciar nas direcções de sua potencialidade dentro de uma glandula genital.

Qual o mechanismo desse destaque, dessa aberração e dessa inclusão? Nada de positivo se affirma nem ninguem se propoz ainda a essa demonstração dum modo completo. Todavia quem acompanha o progresso dos estudos actuaes da embryologia, principalmente naquillo que se refere á physiogenia, poderá de certo modo incluir e fazer transparecer tão complexo mechanismo.

O grande Ruffini, cujo recente tratado "Fisiogenia" veio marcar uma etapa physiologica da embryologia, estabeleceu de suas pesquisas que existem tres grandes meios pelos quaes se cumpre a função de segmentação: 1.º) multiplicação cellular; 2.º) cytotropismo e stichotropimo. 3.º) secrecção.

Assim, "os jovens blastomeros multiplicam-se e movem-se para attingir o lugar que lhes está determinado, e depois continuam a multiplicar-se in situ para augmentar o numero das cellulas e cada territorio". (Ruffini).

Existem, portanto, tres funções cellulares na segmentação que na gastrula se accentuam e se tornam as mais delicadas possiveis; uma perturbação de uma ou mais dessas funções terá respósta no desenvolvimento ulterior.

Supponhamos que antes da introflexão gastrular o phenomeno do movimento em fila das cellulas (stichotropismo) não se processe de modo algum num grupo dado de blastomeros ou então se processe exageradamente, o que resulta? Resulta quer uma inclusão por parada, quer uma exclusão por aceleração desses germens.

Outras theorias para a origem dos teratomas:

1.º) O teratoma proveria da cellula germinal primitiva com desenvolvimento autonomo e independente. Foram imaginados innumeros mechanismos para explicar esse processo de parthenogenese e de fecundação anormal: fecundação das cellulas polares, dupla fecundação do ovo por dois espermatozoides ou por um de duas cabeças, fecundação monospermica do ovo com dois nucleos, etc.

Para o caso de fecundação anormal polyspermica, ha objecção de Ruffini que diz: "um estimulo excessivo se torna cada vez mais inadequado e acaba por fazer cahir o ovoplasma num estado de rigidez e de paralyasia que provoca a morte" (factos experimentaes de Ruffini). Si se der o caso do ovo se segmentar apezar do estimulo em excesso, o desenvolvimento dar-se-á anarchicamente, e teremos, como diz Ruffini, "germens mortos em segmentação ou germens doentes votados á morte.

2.º) Theoria da duplicação do substrato embryonario de Ahlfeld-Bartols: dois germens se unem e se compenetraram intimamente, dos quaes um só é capaz de amadurecer e de se differenciar até produzir um ser perfeito, emquanto que outro soffre uma parada maior ou menor na evolução, de modo que uma vez terminada a differenciação do primeiro, o segundo permanecerá incluído como parasita no organismo daquelle. Já em 1832, Saint-Hilaire designava os teratomas como resultado da concrescencia de dois embryões distinctos.

(Theoria diplogenetica). Essa theoria valeria mais para explicar a genese das monstruosidades e dos teratomas caudaes e craniaes.

3.º Para os teratomas das glandulas genitales, além de se pensar em phenomenos de parthenogenese e de fecundação anormal, os quaes não explicariam os teratomas extra-genitales e teriam em conta o facto de não se verificar taes phenomenos nos vertebrados, poder-se-hia pensar num facto particular que se refere á migração das glandulas genitales nas suas primeiras phases. Com effeito, o primitivo esboço originario do epithelio celomatico, no seu deslocamento, apri-sionaria e arrastaria consigo cellulas ou grupos de cellulas embryonarias dos typos os mais diversos (Cagnetto).

4.º) Para os teratomas intra-cranianos, para aquelles que se localizam na cavidade ependymaria não poderemos falar do processo de metaplasia cellular que referiam os antigos para explicar a maioria dos teratomas. De modo nenhum o ependyma com seu epithelio e com a substancia peripendymaria, daria tecidos diferenciados, como glandulas, cartilagens, musculos, etc. A unica explicação cabal nos é dada por Jacob, que diz, que ao se formarem as vesiculas cerebraes do embrião e num periodo em que ellas ainda não estejam fechadas, pode-se introduzir nellas, sob fórma heterotópica, tecido embryonario: ectodermico e branchial (primeira e segunda branchias); e que depois da oclusão da vesicula permanece incluído no interior de sua cavidade. Outras vezes permanece incluído material que seria destinado á formação do aparelho da visão. (Caso de Saxer, localização: terceiro ventriculo). As cavidades ventriculares são relativamente amplas nessa phase embryonaria de modo que poderão albergar o material germinativo para o desenvolvimento ulterior da formação teratomatosa.

Das theorias todas acima ennumeradas na maioria dellas ha cunhos de verdade que servem para casos particulares, mas por emquanto não se pode apresentar uma ethiologia geral dos teratomas.

CONCLUSÕES

1.º) Os teratomas são tumores mixtos complexos de constituição, em que entram na sua disposição dois folhetos ou tres (bidermoma e tridermoma).

2.º) Reproduzem rudimentos dum systema organico ou de parte maior ou menor do corpo.

3.) Podem ser maduros (cysticos) ou immaturos (solidos).

4.º) Sua génese explicar-se-hia pela inclusão heterotopica dum germen embryonario. Essa inclusão dar-se-hia em periodos precoces e teria por mecanismo a perturbação das funcções de segmentação: crescimento e multiplicação cellular, diferenciação, cytotropismo, stichotropismo, secreção.

5.º) As outras theorias explicariam os casos particulares.

OBSERVAÇÃO

Exame macroscópico — Tratava-se e uma formação tumoral com forma grosseiramente esferica, com mais ou menos o tamanho de uma cabeça de creança (15 X 15 cms.), e apresentando aqui e acolá diversos relevos globosos depressiveis. Achava-se revestida por uma capsula cinzento-escura, espessa e lisa, sendo falha em alguns pontos, denotando ter sido lacerada por adherencias. Pela palpação dos relevos globosos percebia-se a fluctuação propria de cavidades cysticas, e nos pontos intermedios notava-se a consistencia carnosa que em certos logares era maior (cartilaginosa, talvez ossea).

Abertos os relevos correspondentes ás cavidades, de algumas se escoava um liquido vermelho-turvo com o asecto de esudacto hemorragico, e de outras um liquido da mesma côr, porêm com maior viscosidade (por assim dizer mucosa, colloide). Não percebemos o aspecto proprio dos liquidos de consistencia sebacea. Dos liquidos escoados desprendia-se leve mau cheiro. Quanto ás cavidades esvasiadas estas correspondiam-se a cystos dos mais variados tamanhos e eram revestidas de paredes cinzento-avermelhadas algumas lisas e outras rugosas, denotando nestas ter havido descamação. No interior dos cystos não se notava presença de formações anormaes: pellos, dentes, ossos, etc.

Ao corte macroscópico, o tumor achava-se centralizado no estroma do orgão e revestido pela capsula do mesmo. Notavam-se as cavidades cysticas separadas por trabéculas carnosas cinzento-escuras. N'alguns pontos zonas vermelhas de angiectasias ou de hemorragia e zonas amarelladas provavelmente de necrose. Os pontos de consistencia maior offereciam certa resistencia ao corte.

Não pudemos guardar a peça devido estar já alterado seu estado de conservação quando veiu ter ás nossas mãos.

Ao que parece o grão de lyse que ella apresentava poderá ser muito bem explicado por um phenomeno que se processasse *in vivo*, dado a grande facilidade com que se dão perturbações vasculares nesses tumores.

Exame microscópico — Para exame histologico foi retirado material de diversos pontos, principalmente dos limitrophes das cavidades cysticas.

Fixação: Formalina Coloração: Para estudo genérico, coloração commum pela hematoxylina e eosina. Para o estudo de fibras elasticas, coloração especifica pela Orceina simples ou pela Orceina combinada á hematoxylina ou ao alcool picrico.

Exame — O que primeiro chama a attenção é a presença de grandes cavidades cysticas cujas paredes de revestimento apresentam estructura differente quer se trate de uma quer de outras, de tal modo que podemos classificar estas formações como segue: 1.º) Cystos revestidos por um epithelio prismatico estratificado com a presença

de cílios onde aquelle se ache melhor conservado. São cellulas granuladas, algumas apresentam vacuolos e outras apresentam-se degeneradas. Logo abaixo nota-se um abundante tecido mesenchymal, contendo os seguintes elementos: pequenos grupos de acinos glandulares mucosos: nucleos de cartilagem hyalina, alguns dispondo-se em segmento de anel; grande riqueza de fibras elasticas dispostas circularmente em torno aos cystos, como tambem em torno aos nucleos cartilaginoso-hyalinos, o que "demonstra a progressão deste typo de cartilagem ao de cartilagem elastica" (Policard). Em alguns pontos as cavidades cysticas são separadas entre si por um delgado septo constituido apenas por uma continua lamina elastica, o que demonstra que uma cavidade cystica cresce graças a seu aparelho elastico e é função delle: notam-se ainda grande quantidade de fibras musculares lisas que em determinados pontos se agrupam em espessos feixes; e nota-se emfim, abundante infiltração lymphocytaria diffusa que em alguns pontos dispõe-se em folliculos isolados.

2.º) Cystos com epithelio prismatico, n'alguns pontos simples, n'outros estratificado (2 camadas). As cellulas não têm cílios, e sua estructura recorda a cellula caliciforme muccipara. Na luz do cysto cellulas descamadas e a presença duma substancia basophila, provavelmente muccina.

As camadas sub-epitheliaes offerecem aqui tambem os multiformes aspectos supra-citados: nucleos cartilagosos, fibras elasticas, infiltração lymphocytaria, fibras musculares lisas, etc.

3.º) Cystos com epithelio de revestimento descamado e com as camadas subjacentes variando nas linhas dos demais.

4.º) Cystos menores ou tubulos com epithelio prismatico simples destacado ou não da membrana basal, com a caracteristica disposição pregueada, em estrella dos bronchios terminaes.

5.º) Cystos e fragmentos de parede cystica cujo epithelio é ao contrario, pavimento pluriestratificado, offerecendo as camadas basal e malpighiana faltando granulosa e a cornea. As cellulas da camada mucosa demonstram, ao grande augmento, pontes inter-cellulares. Ha abundante descamação. Não ha formação de elos ou de folliculos pillosos ou de glandulas sebaceas typicas.

6.º) Cystos epidermoides de varios tamanhos, tendo sua luz inteiramente occupada por cellulas pavimentosas polyedricas claras, a maioria em degeneração, apparentando a estructura das cellulas claras das glandulas sebaceas.

7.º) Cystos revestidos por epithelios de cellulas cubicas, em cuja luz se nota uma substancia amorpha homogeneamente corada pela eosina, assemelhando-se á substancia colloide thyroideana.

Além dessas variedades de formações cysticas outros elementos esparsos pudémos obter, assim como:

1.º) Nucleos de cartilagem isolados, com formas de passagem entre nodulos mesenchymaes e cartilagosos, isto é, precartilagem.

2.º) Acinos glandulares serosos, nitidamente agrupados em lobulos, demonstrando a estrutura de glandula serosa typó salivar (parotida).

3.º) Zonas de necrose vasos, a maioria telangiectasicos, e zonas hemorragicas.

4.º) Restos de stroma ovariano, não havendô signal de elementos que recordem a estrutura intima do ovario: ovocytos, thécas, etc. A não ser o epithelio cubico germinativo que reveste a capsula.

5.º) Trabeculas osseas, vendo-se em algumas nitidos osteoblastos. Em dados pontos notam-se zonas de passagem entre cartillagem e osso. Aquella se apresenta nesses pontos turgescete, com hypertrophia das capsulas, e fortemente basophila, e dá continuação á lamellas osseas. Trata-se pois de um processo discreto de ossificação.

CONCLUSÕES

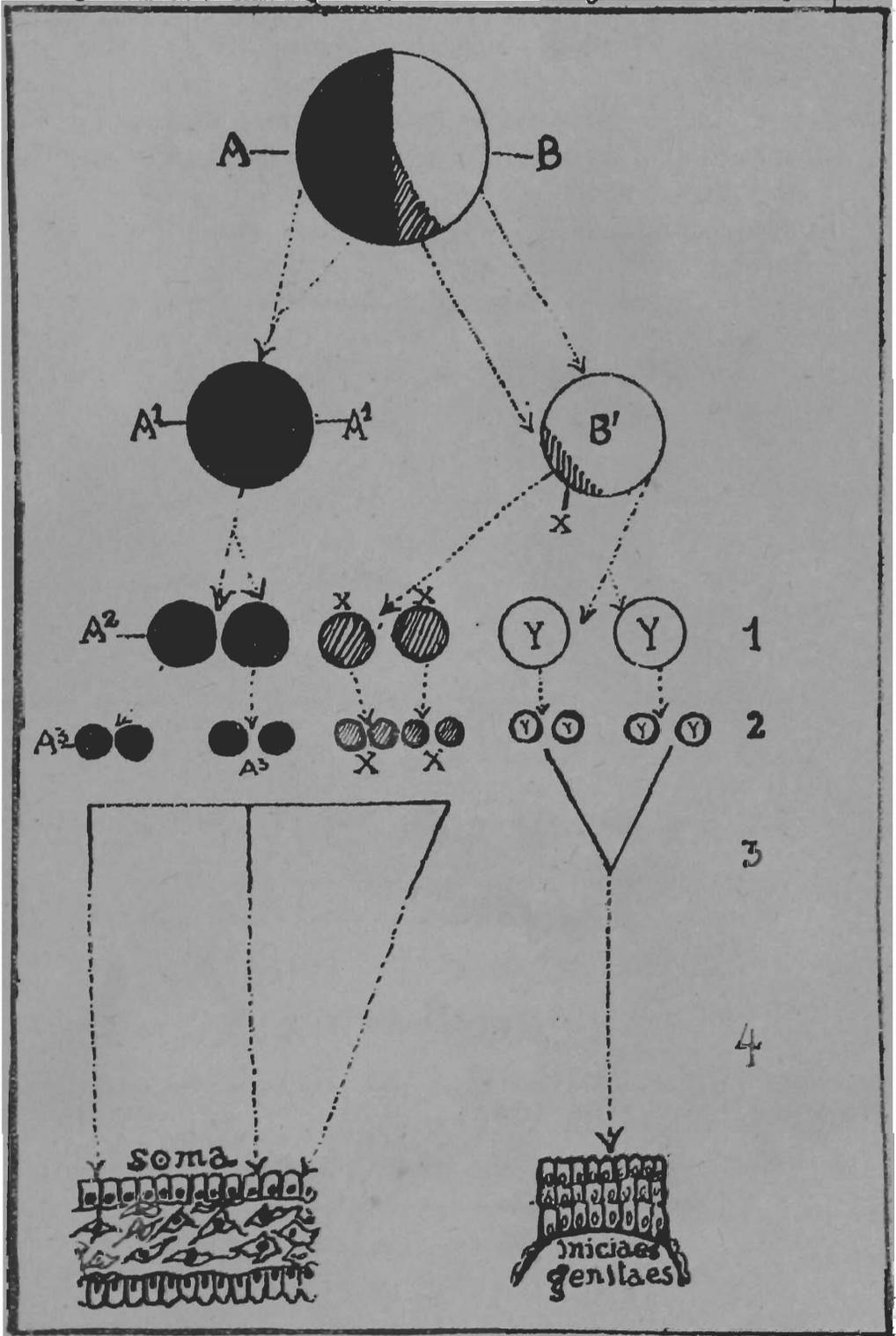
De nosso exame deduz-se o seguinte:

- 1) Trata-se de um tumor polycystico do ovario.
- 2) Essa formação traz em si os derivados tissulares dos tres folhetos, dispondo-se em organização systematica sem, porém, proporcionalidade.
- 3) E', portanto, um tridermoma cystico, isto é, amadurecido — ou então um cysto-dermona.
- 4) A organização systematica nada mais é do que a reproducção cystica da arvore tracheo-bronchial, pela presença fundamental dos taes elementos: epithelio pluriestratificado ciliado, simples muciparo, cartilagem hyalina, glandulas serosas e mucosas, aparelho myo-fibro-elastico, elementos lymphoides, etc. etc.
- 5) A organização attinge o ectoderma: epithelio pavimentoso pluriestratificado, cystos epidermoides.
- 6) Parece fóra de duvida haver contribuição de germens thyroideos e de germens salivares.
- 7) Notam-se as trabéculas osseas, discreta ossificação, nodulos de precartillagem, etc.

BIBLIOGRAPHIA

- 1) ASCHOFF — Tratt. di Anat. Path. (trad.; it em 2 vol.)
1.º vol., pag. 784-796.
2.º " " 613-615.
- 2) BARBACCI (O) — I tumori (2.ª ed. 1915). Pag. 481-531.
- 3) CAGNETTO (G.) — Apparato genitale maschile. (Coll. Foá) 1923
pag. 50-52.

Fig. 1- Eschema da formação das "invasões genitais" no A. Megalocéphalo



- 4) KAUFFMANN — Tratt. di Anat. Pat. Speciale. (Trad. it., 1913 2.º vol., pag. 1029-1033).
- 5) JACOB (Chr.) — Sobre tumores teratogénicos del cerebro (a proposito de um teratoma del conducto de Sylvio) (Libro en honor de D. S. R. Cajal) — (Madrid, 1922) tomo 2.º pag. 415-431).
- 6) LORDY (C) — Contribuição ao estudo sobre a génese dos kystomas simples do ovario. Rev. de Med. de São Paulo — Junho e Julho de 1918.
- 7) LUNGHETTI (B.) — Tumori in generale (Coll. Foá) 1923 — pag. 133-138).
- 8) RIBBERT — Trat. de Anat. Pat. Generale (Trad. It.) — pag. 644-652.
- 9) POLICARD — Précis d'Hist. Physiologique (1922), pag. 672-683.
- 10) RUFFINI — Fisiogenia (1925) pag. 227-294.

S O C I E D A D E A N O N Y M A
C A S A P A S T E U R

IMPORTAÇÃO DE MATERIAES DE:
OPTICA-CIRURGIA
PHOTOGRAPHIA

PHYSICA, CHIMICA, HISTORIA
NATURAL, BACTERIOLOGIA,
MEDICINA, HYGIENE, VIDROS,
REAGENTES, CORANTES, ETC.

INSTALAÇÕES DE GABINETES
MEDICOS, APPARELHOS E
MATERIAES PARA LABO-
RATORIOS E HOSPITAES.

ENDEREÇO TELEGRAPHICO:
"MICROSCOPIO"

RUA SÃO BENTO N.º 32

PHONE CENTRAL, 3205

SÃO PAULO

CAIXA POSTAL, 2927

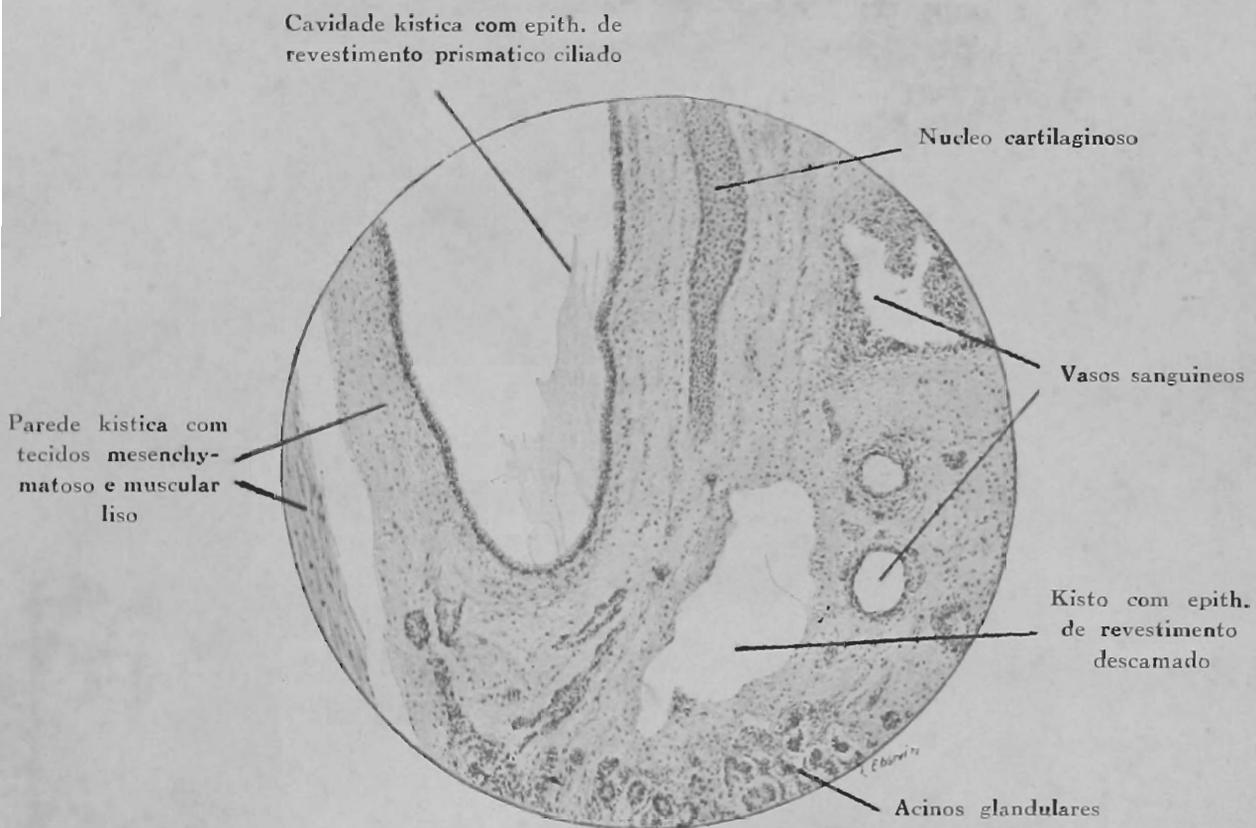


Fig. 2

KYSTODERMOMA DO OVÁRIO

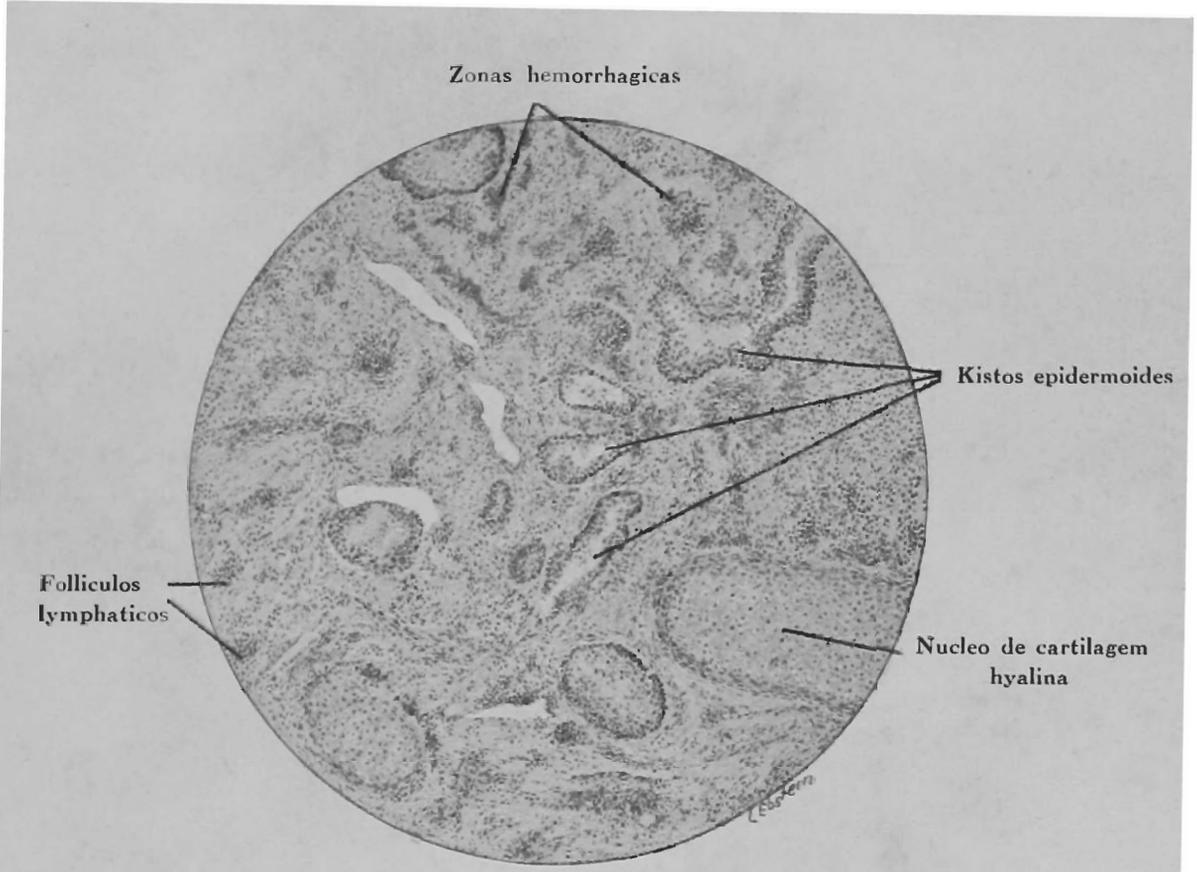


Fig. 3

KYSTODERMOMA DO OVARIO

Da hemo-sedimentação na tuberculose pulmonar

Pelo doutorando Euwaldo Martinelli.

A QUESTÃO da sedimentação dos globulos vermelhos, como elementos de diagnostico e prognostico na tuberculose pulmonar, nos interessou assim como a inumeros outros auctores, e; no presente trabalho, trazemos os resultados das nossas pesquisas que estão sendo feitas em um certo numero de doentes, controlados por exames clinicos, radiologicos e de laboratorio, feitos constantemente com o fim especial de firmarmos a nossa opinião entre tantas opiniões discordantes.

Um ponto que nos parece inconteste, como a todos que têm tratado do assumpto é o valor diagnostico nullo dessa reacção, visto que ella é commum a diversas outras molestias, não havendo a menor especificidade.

Assim é que, para não citarmos senão as mais communs, a syphilis e os estados grippaes dão um augmento muito grande na velocidade de sedimentação, factos estes que não devem ser esquecidos na interpretação de uma sedimentação, dada a possibilidade de inter-currencia dessas molestias.

A diversidade da technica empregada é um factor que difficulta em muito a comparação dos resultados dos differentes auctores, pois, a technica varia desde o modo de se retirar o sangue — porcentagem differente de citrato de sodio a misturar ao sangue — até o modo de fazer a leitura, de tal forma que resultados identicos são expressos por maneiras diversas, tornado-se difficil a sua juxtaposição; — seria desejavel a sua uniformisação, em todos os seus detalhes, para assim facilitar a comparação dos resultados obtidos e se chegar a conclusões mais exactas.

A technica por nós empregada é a seguinte: — em uma seringa graduada em decimos de centimetro cubico e indo até 2 cent. cub., introduzimos 2 decimos de cm.³ de uma solução esterilizada de citrato de sodio a 5%. Em seguida, por puncção venosa, aspiramos sangue até completarmos dois centímetros cubicos. A mistura do sangue e citrato de sodio é feita — como recommendam Salomon e Valtis — dando-se á seringa inclinações successivas, “*sem agitar violentamente*” Este ponto tem alguma importancia porque, como tivemos occasião de verificar, a agitação brusca do sangue retarda muito a sedimentação, podendo um mesmo sangue dar resultados muito diversos, conforme o tempo e vivacidade da agitação.

Em seguida passa-se o sangue para um tubo de vidro, de 4 mm. de diametro, cuidadosamente lavado em alcool acidulado, depois em agua distillada e finalmente perfeitamente secco. Os tubos são fechados na sua extremidade inferior por um tampão de parafina. Deve-se impedir que se interponham bolhas de ar á columna de sangue. Os tubos são collocados verticalmente numa estante, tendo ao fundo uma escala millimetrica que permite fazer as leituras com a maior precisão. As primeiras leituras são feitas de 20 em 20 minutos até a primeira hora, depois aos 90 minutos, duas, tres, cinco, oito e 24a. hora, após o enchimento do tubo. Nota-se a quantidade de sôro sobrenadante ás hematias sedimentadas e passam-se os resultados para os graphicos.

No decurso de nossos exames, fizemos 149 sedimentações em 99 individuos, sendo que nessas 149 sedimentações estão incluídas as de 35 pessoas sãs,, 10 com molestias não tuberculose e os restantes tuberculosos pulmonares em diversos graus.

A leitura dos resultados obtidos é differentemente expressa pelos diversos auctores, mosctrando mais uma grande falta de uniformidade. Assim é que alguns auctores preferem exprimir a velocidade de sedimentação em função do espaço de tempo gasto pela columna plasmatica em attingir um certo nível previamente marcado no tubo; outros a exprimem pelo numero de millimetros attingidos pela columna ao cabo de um certo tempo, tempo este muito variavel, pois ha os que lêem apenas a sedimentação obtida na 1.^a hora e os que aconselham a fazer a leitura até a 3.^a e mesmo 24.^a hora.

Para melhor nos orientarmos sobre todos esses pontos, fizemos o nosso padrão normal, examinando o sangue de individuos clinicamente sãos e comparando esses resultados com os dos individuos doentes. A principio fizemos a comparação pela leitura da 1.^a hora como muitos recommendam, mas, desde logo, verificámos que só para um certo numero de individuos era sufficiente essa leitura; para outros, porém, era defficiente, visto a velocidade manter-se quasi uniforme até a 3.^a hora, para depois entrar em declinio até a 24.^a hora.

Esse mesmo inconveniente já havia sido notado por Lorenzen, que fazia a leitura na 1.^a hora em alguns casos e na 1.^a e 2.^a hora em outros casos. Tentamos obter um meio de sanear semelhante mal. Para evitarmos resultados referentes a horas diversas, conforme os casos, resolvemos adoptar um INDICE de sedimentação que tome em consideração a velocidade nas tres primeiras horas. Esse indice é obtido pela somma do numero de millimetros a que attingiu a columna do plasma na 1.^a hora, mais a metade do n.º de millimetros da 2.^a hora e mais 1/3 (um terço) do numero de millimetros da 3.^a hora, ou seja:

$$\text{Indice de sedimentação} \equiv I$$

$$I \equiv \text{Sed. 1.ª h.} \div \frac{\text{Sed. 2.ª h.}}{2} \div \frac{\text{Sed. 3.ª h.}}{3}$$

Dessa forma consegue-se representar por um numero a resultante da sedimentação nas 3 primeiras horas, que são as que mais nos interessam, como logo veremos.

A SEDIMENTAÇÃO NOS INDIVIDUOS SÃOS

Damos logo a seguir o resumo da sedimentação obtida em sangue de individuos normaes, de ambos os sexos.

SEDIMENTAÇÃO

Obs. n.	Nome	Data	1.ª hora	2.ª hora	3.ª hora	Ind.
117	J. M.	25-8	1,5	3	4	4
110	J. S.	26-8	2	2,5	3	4
104	A. M.	26-8	1,7	2,5	3	4
9	J. K.	21-4	1,5	3	3,5	4
62	V. P.	14-8	2	3	3,5	5
102	H. C.	22-8	1,5	3	5	5
1	J. J.	14-5	2	2,5	3	5
197	G. L.	25-8	1,5	2,5	3	5
103	I. S.	26-8	2,5	3,5	4	6
01	P. L.	25-8	2,5	4	4	6
98	J. R.	25-8	2,5	4	5	6
3	A. N.	5-5	2	5	10	7
113	J. F.	26-8	4	4,5	5	7
114	R. P.	26-8	3	4,5	5	7
100	P. Z.	31-8	3,5	5	7	8
116	A. B.	25-8	4	6	7	9
115	P. A.	25-8	4,5	6	7	9
106	A. B.	26-8	4	6	7	9
8	J. A.	7-5	2,5	7	12	10
107	B. F.	26-8	5	7	8	11
10	E. G.	22-4	3	9	12	11
4	O. S.	13-5	3	7	13	11
12	A. G.	21-6	3,5	8	13	12
99	P. A.	25-8	5	8	9	12
112	D. O.	26-8	6	9	10	13
108	J. F.	26-8	5	9	10	13
105	A. F.	26-8	6	8	9	13
13	A. S.	7-5	6	13	18	18
111	J. M.	26-8	8	13	14	19
109	H. S.	26-8	11	13	14	22

RESUMO : — Exames 30
Sedim. 30

Foram examinados 30 individuos sãos, tendo sido repetidas varias sedimentações para contra prova, o que nos mostrou ser a velocidade de sedimentação sensivelmente constante para cada individuo.

Por esses dados verifica-se que a sedimentação nos primeiros 20 minutos variou de zero a dois millimetros. Aos 40 minutos variou de 1 a 8 mm.; ao cabo da 1.^a hora oscillou entre 1,5 e 11 mms., sendo que a grande maioria estacionou em 5 mm. ou menos, ou sejam 83 %. Na 2.^a hora a sedimentação attingiu limites que vão de 2,5 a 13 mm., sendo que 90 por cento abaixo de 10 mm. Na 3.^a hora os limites foram mais amplos, oscillando entre 3 e 18 mm., estando 96 % abaixo de 15 mm. Na 5.^a hora houve oscillações de 3,5 mm. a 24, sendo 83 % com 15 mms. ou menos. Na 8.^a hora oscillou entre os limites de 5 e 30 mm. com 86 % abaixo de 20 mm. Na 24.^a hora os afastamentos attingiram ao maximo, ficando entre 6 e 35 com 90 por cento abaixo de 25 mms. Pelo exame do graphico (Graphico n.º 4), verifica-se que a velocidade se manifesta com certa uniformidade até a 3.^a hora, quando — fornecendo uma curva suave, — entra em decrescimo lento até a 24.^a hora. Em poucos casos houve accrescimo de sedimentação após a 24.^a hora. Em nenhum caso observamos uma real parada de sedimentação como notaram Frederick e Heaf, no decorrer da 1.^a hora. A sedimentação, em muitos individuos, nesse periodo, era lenta, porém sempre progressiva. Os indices de sedimentação variaram de 4 — minimo — a 22 — maximo. Parece-nos que este indice pode ser tomado como limite maximo de sedimentação normal para homens.

Para estabelecer o padrão para as mulheres, não conseguimos grande numero de casos, porém as cinco unicas que foram examinadas apresentam uma uniformidade notavel.

SEDIMENTAÇÃO

Obs.	Nome	Data	1. ^a hora	2. ^a hora	3. ^a hora	Ind.
118	O. S.	24-8	9	15	17	22
11	C. M.	5 -4	5	9	13	14
119	L. R.	24-8	12	16	18	26
yz.	C. S.	27-5	8	13	18	20
120	G. S.	24-8	10	14	16	22

Resumo: — Exames — 5
Sedim. — 5

Aos 20 minutos a velocidade foi de 1 a 4 mms. Aos 40 foi de 3 a 8 mms. Na 1.^a hora foi de 5 a 12 mm. Na 2.^a hora oscillou entre

9 e 16 mms. Na 3.^a hora houve uma sedimentação maxima de 18 e minima de 13 mms. Na 5.^a hora as diferenças ficaram entre 17 e 19 mms. Na 8.^a hora entre 18 e 23 millímetros. Na 24.^a hora entre 22 e 28. Os indices de sedimentação oscillaram entre 14 e 26, emquanto que nos homens oscillavam entre 4 e 22.

Por essas observações pode-se tomar como indice limite — para as mulheres sãs — o indice 26.

Pela comparação dos resultados entre individuos do sexo masculino e feminino, verifica-se que nas mulheres a velocidade de sedimentação é maior que nos homens, o que já havia sido notado por outros. Nos nossos casos, as diferenças se accusam mais nas ultimas horas, sendo que nas 3 primeiras é apenas de 2 a 4 mms.

A SEDIMENTAÇÃO NOS TUBERCULOSOS

Para estudar o que se refere aos tuberculos, examinamos 51 doentes de ambos os sexos com 101 sedimentações. Esses doentes dividimol-os pelos seguintes grupos clinicos que serão apreciados — primeiro isoladamente — depois em conjuncto.

1.º) — Forma aguda — broncho pneumonica 1 doente c/ 1 sed.

2.º) — FÓRMAS CHRONICAS:

a) — Ulcero caseosa extensiva	8 doentes c/ 13 sed.
b) — Ulcero caseosa localisada	12 doentes c/ 25 sed.
c) — Ulc. caseosa c/ tendencia fibrose	10 doentes c/ 22 sed.
d) — Fibrosa localisada	5 doentes c/ 11 sed.
e) — Fibrosa diffusa	1 doente c/ 2 sed.
f) — Clinicamente curados	9 indiv. c/ 20 sed.
g) — Tratados pelo pneumo artificial não incluídos anteriõrmente.	5 doentes c/ 7 sed.
h) — Tratados pelo pneumo artificial já incluídos anteriormente	— doentes c/ — sed.

1.º) — FÓRMA AGUDA:

Obs. 88 — Sta. H. L., 18 annos. — A molestia teve inicio apparente ha mezes 6 com surto febril agudo, tosse abundante e expectoração bacillifera. Veio para Campos do Jordão dois mezes depois, apresentando-se com infiltração broncho-pneumonica occupando os lobos superior e medio do P. D. — Estado geral máu. Em 18-6 exame de escarro fortemente positivo. Durante tres mezes de permanencia a temperatura oscillou entre 38,5 e 40 graus. Fallecida a 25 de agosto deste anno. A sedimentação na 1.^a hora attingiu a 34 mms.; na 2.^a h. 37 mm. e na 3.^a hora 38 mm.

O indice de sedimentação foi 64.

2.º) — FÓRMAS CHRONICAS:

a) ULCERO CASEOSA EXTENSIVA : -

Ob.	Nome	Data	Estado	Temp.	Sedimentação :				Tratamento
			doente		1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Ind.	
53	M. B.	27-5	máu	febril	41	46	47	80	Rotineiro
—	—	27-6	melhor	febril	34	40	43	68	"
—	—	21-8	peor	febril	39	46	47	78	"
49	C. R.	4-5	máu	febril	28	37	40	59	"
—	—	14-6	melhor	apyret	15	36	39	51	"
—	—	28-8	melhor	apyret	14	22	24	33	"
95	V. A.	24-8	máu	apyret	30	36	37	60	"
93	A. M.	24-8	máu	s/ feb.	35	44	45	72	"
43	E. M.	5-5	máu	s/ feb.	24	33	33	51	"
58	A. P.	22-8	máu	febril	34	41	43	68	Pneumothorax
—	—	1-9	melhor	apyret	33	38	40	65	"
94	I. T.	24-8	máu	febril	23	34	35	52	Rotineiro
45	J. J.	21-6	máu	febril	33	44	46	70	"

RESUMO : — Doentes - 8
Sediment. - 13

Nos oito doentes que constituem o grupo acima, os indices variaram de 50 a 80. Um delles — obs. n.º 43 — falleceu tres mezes depois; dois — obs. 45 e 53 — não têm apresentado melhoras a não ser transitorias e o prognostico clinico é máu. O da obs. 58 está em tratamento pelo pneumothorax artificial com melhora notavel. O da obs. 49 tem apresentado melhoras muito accentuadas e o prognostico é dos mais favoraveis. E, finalmente, os restantes, — obs. 94, 95 e 93, têm observações muito recentes para se avaliar sobre a evolução, mas, clinicamente, apresentam-se com máu prognostico.

b) ULCERO CASEOSA LOCALISADA

HOMENS

Ob.	Nome	Data	Estado	Temp.	Sedimentação :				Tratamento
			Doente		1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Ind.	
54	N. O.	26-4	reg.	apyret	26	34	34	54	Rotineiro
—	—	14-5	reg.	apyret	23	33	36	51	"
—	—	23-8	grippe	febril	32	39	40	64	"
—	—	2-9	melhor	apyret	19	24	25	39	"
61	A. L.	14-8	medioc	apyret	26	38	42	59	"

	Nome	Data	Estado	Temp.	Sedimentação :				Tratamento
			Doente		1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Ind.	
25	D. P.	5-5	medioc	apyret	12	23	31	35	"
—	—	2-9	peor	apyret	25	28	29	48	"
22	L. B.	26-4	medioc	apyret	18	26	29	40	"
—	—	20-6	melhor	apyret	8	17	27	25	"
—	—	25-8	peor	apyret	34	38	40	66	"
57	U. S.	27-5	medioc	apyret	16	29	32	41	"
51	J. R.	16-5	bom	apyret	14	29	32	39	Pneumothorax
—	—	24-8	peor	febril	34	40	41	67	"
—	—	1-9	máu	febril	39	46	47	77	"
42	A. F.	20-4	medioc	apyret	13	15	15	25	Rotineiro
40	B. P.	16-5	medioc	s/ feb.	33	36	38	67	"
—	—	29-8	melhor	apyret	28	41	45	73	"

RESUMO : — Doentes 8
Sedim. 17

Dos oito doentes acima, tres estão estacionados (obs. 54, 57, 42); tres peoraram sensivelmente (obs. 25, 22, 51), sendo que um delles — n.º 51 — em tratamento pelo pneumothorax artificial teve um surto evolutivo grave no pulmão não comprimido. Um melhorou bastante, (obs. 40), havendo grande discordancia entre as melhores clinicas e a que nos mostra a sedimentação, o que nos deixa em duvida quanto a persistencia das melhoras. Os indices variaram de 35 a 67.

1.) ULCERO CASEOSA LOCALISADA

MULHERES

Ob.	Nome	Data	Estado	Temp.	Sedimentação				Tratamento
			Doente		1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Ind.	
86	L. A.	13-5	máu	febril	30	35	36	59	Rotineiro
—	—	13-6	melhor	apyret	23	28	31	47	"
85	N. C.	4-5	máu	febril	30	37	40	62	Pneumothorax
—	—	4-6	melhor	s/ feb.	34	42	44	70	"
90	A. C.	2-4	medioc	s/ feb.	18	31	36	45	"
—	—	28-6	melhor	apyret	6	14	19	19	"
91	A. P.	21-5	máu	febril	26	40	42	60	"
—	—	14-8	melhor	apyret	6	15	26	22	"

RESUMO : — Doentes - 4
Sedim. 8

As quatro doentes do grupo acima apresentaram francas melhoras, mais accentuadas nos casos 90 e 91. As tres ultimas, quando iniciaram o tratamento pelo pneumothorax artificial achavam-se em

más condições, nada tendo aproveitado com o tratamento rotineiro, após alguns mezes de observação.

A doente da obs. 85 iniciou o pneumothorax no dia 4-4- (abril) de 1927 e um mez depois, com notavel augmento de peso, queda da temperatura, etc.. tinha uma sedimentação maior que antes de inicial-o. Esse augmento da sedimentação logo após o pneumothorax já havia sido notado por Fischel, que o julga possivelmente associado a um augmento de destruição de tecidos, devido á demarcação inflammatoria das areas comprimidas.

c) ULCERO CASEOSA C/ TENDENCIA A FIBROSE HOMENS

Ob.	Nome	Data	Estado Doente	Temp.	Sedimentação				Tratamento
					1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Ind.	
46	M. G.	21-6	máu	apyret	26	40	45	61	Rotineiro
—	—	24-8	estac.	apyret	29	36	38	60	Pneumothorax.
47	H. L.	25-4	bom	s/ feb.	16	24	28	36	Rotineiro
—	—	25-5	estac.	s/ feb.	11	36	38	42	"
—	—	25-8	melhor	apyret	13	16	17	32	"
96	S. C.	21-6	bom	apyret	21	30	32	47	"
—	—	24-8	melhor	apyret	6	9	10	14	"
28	A. L.	20-4	bom	apyret	11	16	18	25	"
—	—	20-6	melhor	apyret	12	21	25	30	"
—	—	2-9	curado	apyret	5	8	8	12	"
26	B. S.	25-4	bom	apyret	9	16	21	23	"
—	—	20-6	estac.	apyret	6	22	35	29	"
52	L. G.	18-6	medioc	apyret	12	34	40	42	"
—	—	1-9	peor	apyret	25	33	35	53	"
56	P. S.	25-4	medioc	s/ feb.	35	38	59	58	"
—	—	25-5	nelhor	apyret	29	32	38	48	"
—	—	24-8	melhor	apyret	17	29	33	42	"

RESUMO : — Doentes 7
Sedimt. 17

Neste grupo os indices na occasião do 1.º exame, variaram de 23 a 61. Dos doentes, tres estão estacionados; tres melhorados e um aparentemente curado (obs. 28). O indice de sedimentação mostrou discordancia com o exame clinico em um caso (obs. 26). E' notavel como os indices de sedimentação diminuíram a medida que as melhoras se accentuavam, nas observações de ns. 56, 28, 96 e 47.

c) - ULCERO CASEOSA C/TENDENCIA A FIBROSE MULHERES

Ob.	Nome	Data	Estado	Tempt.	Sedimentação				Tratamento
			Doente		1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Ind.	
80	E. P.	14-8	bom	apyret	22	39	41	55	Rotineiro
87	I. S.	13-5	bom	apyret	38	40	42	72	"
—	—	14-5	peor	apyret	41	45	47	78	"
—	—	20-6	peor	febril	36	43	44	72	"
92	M. A.	13-8	medioc	apyret	18	30	38	51	"

RESUMO : — Doentes 3
Sedimt. - 5

Neste grupo é muito interessante a obs. 87. Essa doente, que já estivera com cura aparente em 1924, por diversas vezes — durante os ultimos tres annos em que a acompanhamos — tem apresentado pequenos surtos evolutivos de pouca uração. Em maio deste anno, quando nada fazia prever de anormal, fez-se a sedimentação que attingiu a cifra altissima de 72 de indice (36 mm. na 1.ª hora). Suspeitando alguma falta de technica, repetimos poucos dias depois o exame, que confirmou o anterior. Ficamos em duvida quanto a interpretação a dar ao caso, quando, cerca de 20 dias depois, a doente começa a tossir e expectorar, a principio em pequena quantidade, dias mais tarde em maior quantidade. Procurou-nos em meados de julho, dizendo-se "grippada". Com grande surperza nossa encontramos uma reactivação intensa dos antigos fócios. O exame de escarro, que até essa data fora negativo, feito nessa occasião foi positivo no exame directo — 2 bacillos por campo. Por ahi se vê que o aumento da velocidade de sedimentação das hematias precedeu francamente o apparecimento dos symptomas clinicos.

d) FIBROSA LOCALISADA

HOMENS

Ob.	Nome	Data	Estado	Tempt.	Sedimentação				Tratamento
			Doente		1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Sed.	
59	O. R.	5-5	cura ?	apyret	5	10	16	15	Rotineiro
—	—	2-9	cura ?	apyret	2,5	4,5	5,5	6,5	"
37	B. S.	14-5	cura ?	apyret	2	5	7	8	"
50	P. C.	27-5	bom	apyret	29	33	36	54	"
—	—	27-6	melhor	apyret	17	30	31	42	"
—	—	2-9	melhor	apyret	4	5	6	8,5	"
34	T. C.	5-5	bom	apyret	1,5	4	5	4	"
—	—	7-5	bom	apyret	1	1,5	4	3,5	"
—	—	15-6	bom	apyret	1,5	32	5	4	"
—	—	2-9	bom	apyret	2	3	3	4	"
60	A. M.	23-8	bom	apyret	5	3	22	19	"

RESUMO : — Doentes - 5
Sedimt. - 11

Os cinco doentes que compõem o quadro acima apresentam um indice de sedimentação dentro do typo normal, excepção feita do doente da obs. 50, que teve duas sedimentações altas: 54 e 42. Este caso é muito interessante, pois tratava-se de um caso de tuberculose fibrosa typica, bem localizada e que na occasião do primeiro exame apresentava-se em optimas condições, com rarissimos estertores humidos medios, reliquat de uma congestão leve occorrida poucos dias antes. Fôra essa congestão que constituiria o alarme que o trouxe a esta estação climaterica. Apesar de suas condições optimas o indice foi alto: 54. Em novo exame, um mez mais tarde, haviam desaparecido todos os estertores; o accrescimo de peso fôra notavel; a expectoração era nulla; nova sedimentação com indice ligeiramente melhorado, em desaccordo franco com as grandes melhoras clinicas. Passam-se mais tres mezes e o estado clinico do doente em nada se altera, mas, dessa vez a sedimentação apresentou um indice normal: 8, 5. Por essa observação vê-se que as alterações humorales só desaparecem muito depois do desaparecimento dos symptomas clinicos, mostrando-nos o cuidado que se deve ter no interpretar as melhoras que se apresentam clinicamente.

Essas mesmas considerações se ajustam quasi exactamente á obs. 59. Na observação 34 temos um caso de fibrose localizada com melhoras excessivamente lentas — os indices o attestam, praticamente iguaes, como o são: 4-3, 5-4 e 4.

Com conclusões podemos affirmar que nos casos de fibrose localizada o indice é normal ou cahe mais ou menos rapidamente ao normal. Todos esses doentes apresentam, clinicamente, optimo prognostico.

e) FIBROSA DIFFUSA

HOMENS

Ob.	Nome	Data	Estado Koente	Tempt.	Sedimentação				Tratamento
					1.º h.	2.º h.	3.º h.	Ind.	
35	V. C.	1-6	bom	apyret	1,5	3,5	4	4,5	Rotineiro
—	—	1-9	bom	apyret	0	2	3	3	"

RESUMO : — Doente - 1
Sedemt. - 2

E' um doente cuja historia clinica data de cerca de 15 annos, quando teve a primeira hemoptyse e exame de escarro positivo. Tem syphilis adquirida e, na occasião dos exames acima achava-se em tratamento especifico intenso. O seu estado tem-se mantido inalterado. O seu indice normal está perfeitamente de accordo com a resistencia que tem opposto á infecção.

f) TRATADOS PELO PNEUMOTHORAX ARTIFICIAL HOMENS
ainda não estudado anteriormente :

Ob.	Nome	Data	Estado	Temp.	Sedimentação				Tratamento
			Doente		1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Ind.	
21	L. D.	5-5	bom	apyret	6	12	14	16	Pneumothorax
23	G. S.	25-4	medioc	apyret	8	14	21	22	"
32	N. M.	7-5	bom	apyret	4	1,0	12	13	"
—	—	2-9	melhor	apyret	1,5	2	2,5	3	"
18	G. G.	31-8	medioc	apyret	9	20	27	28	"

RESUMO : — Doentes - 45
Sedimt. -

f) TRATADOS PELO PNEUMOTHORAX ARTIFICIAL MULHERES
ainda não estudados anteriormente :

Ob.	Nome	Data	Estado	Temp.	Se-imentação				Tratamento
			Doente		1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Ind.	
83	T. P.	26-4	medioc	apyret	23	30	32	48	Pneumothorax
—	—	16-6	melhor	apyret	10	26	32	33	"

RESUMO : — Doente - 1
Sedimt. - 2

Estes casos, quer de homens, quer o da obs. 83, foram destacados dos grupos anteriores por não possuímos uma observação bastante precisa do estado clinico anterior ao tratamento. Elles apenas servem para demonstrar o que já é bastante conhecido, o quanto esse tratamento age beneficemente, apresentando indices normaes ou quasi normaes e, sobretudo, a queda dos indices, (obs. 32 e 83) a medida que se mantêm a compressão. Deixamos de apresentar o graphico destes doentes, por não offerecerem elles elementos para uma curva demonstrativa.

g) CLINICAMENTE CURADOS HOMENS

Ob.	Nome	Data	Estado	Temp.	Sedimentação				Tratamento
			Doente		1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Ind.	
31	M. M.	26-4	curado	apyret	1,5	5	7	6	Pneumothorax
—	—	26-5	curado	apyret	2,5	7	16	11	"
—	—	24-8	curado	apyret	5	7	8	11	"
24	E. L.	22-4	cura ?	apyret	10	20	26	29	"
—	—	24-8	curado	apyret	4	4,5	6	8	"

Ob.	Nome	Data	Estado	Temp.	Sedimentação				Tratamento
			Doente		1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Ind.	
36	W. G.	21-4	cura ?	apyret	6	13	17	18	Rotineiro
—	—	21-5	cura ?	apyret	7	14	20	21	"
—	—	21-8	cura ?	apyret	6	17	30	24	"
29	E. M.	10-5	curado	apyret	1,5	4	8	6	"
38	O. L.	17-5	cura ?	apyret	3	8	16	12	Pneumothorax
—	—	17-6	cura ?	apyret	1,5	3	6	5	"
—	—	2-9	curado	apyret	1,5	2,5	3	4	"
33	S. L.	7-5	cura ?	apyret	2,5	5	8	8	Rotineiro
—	—	15-6	curado	apyret	1,5	3	6	5	"
39	T. R.	5-5	curado	apyret	2,5	5	8	8	"
—	—	2-9	grippe	apyret	5	8	8	11	"
27	A. C.	5-5	bom	apyret	5	20	24	27	"
—	—	6-6	cura ?	apyret	5,5	12	20	18	"

RESUMO : — Doentes curados - 8
Sedimentações - 18

No grupo acima estão incluídos doentes com cura clinica de mais de tres annos — Obs. 36, 33 e 39. No caso 36 existe um processo luetico com Wassermann fortemente positivo, o que explica os indices relativamente altos — 18, 21, 24 — que pouco se afastam do normal. Os outros casos são de cura clinica recente e nelles deve-se notar uma franca instabilidade nos indices, o que nos parece ser um reflexo de um desequilibrio organico ainda existente, o que mostra claramente, mais uma vez o affirmamos, o quanto é passivel de erro o julgamento de um caso, unica e exclusivamente pelo seu aspecto clinico.

g) CLINICAMENTE CURADOS

MULHERES

Ob.	Nome	Data	Estado	Temp.	Sedimentação				Tratamento
			Doente		1.ª h.	2.ª h.	3.ª h.	Ind.	
84	M. G.	21-5	bom	apyret	25	32	31	52	Rotineiro
—	—	3-9	cura ?	apyret	8	18	29	26	"

RESUMO : — Doente curada 1
Sedimentações 2

Esta observação tem seu interesse: em 21-5-1917, data em que fizemos a primeira sedimentação, a paciente estava clinica e radiologicamente curada; os exames de escarros repetidos eram negativos; as alterações thermicas após o exercicio physico eram perfeitamente normaes e, no entanto, o indice era muito elevado. Por essa razão

impedimos que abandonasse o tratamento e, a nova sedimentação quatro mezes depois veio mostrar que só então o seu organismo caminhava para o estado normal de equilibrio. Com esse novo resultado mais nos convencemos que nada ha de tão difficil como affirmar a existencia de uma cura em um antigo tuberculoso.

Ha um ponto sobre o qual temos passado em silencio e a seu respeito faremos uma referencia passageira: — quaes sejam os factores directos das alterações na sedimentação. E' ainda assumpto controverso. Sustenta-se que essas alterações têm origem no augmento de fibrinogeno (Sachs e von Ottingen), nas modificações na carga electrica das hematias (Fahreus e Linzenmeier), na tensão superficial do plasma (Grüber), na modificação do teôr. de cholesterina do sangue, no augmento do teôr do serum em globulinas e do quociente globulinas, nas modificações no teôr das agglutininas, etc.

O que nos têm interessado é resaltar até que ponto essas alterações podem ser utilizadas como auxiliar da clinica e qual o valor justo que se lhes possa attribuir.

CONCLUSÕES

Do exposto nas paginas antecedentes, verifica-se que a "hemossedimentação" constitue um elemento de grande valor para se ajuizar sobre a evolução de um caso de tuberculose.

Não se deve calcar um prognostico exclusivamente sobre uma unica sedimentação, muito embora as sedimentações altas — com indices acima de 60 — sejam na immensa maioria de pessimo prognostico. Esta restricção é necessaria porque, dada a extrema sensibilidade deste processo de exame, ha casos em que, pequenas reactivações, passageiras diminuções da resistencia organica, ou então molestias intercurrentes fazem com que os indices atinjam a cifras altissimas.

O valôr da reacção de Fahreus está nas oscillações dos indices tomados de tempos a tempos. Um augmento persistente da velocidade de sedimentação indica — sem que haja uma molestia intercurrente — a diminução da defeza organica e augmento em extensão das lesões.

Os indices estacionarios ou com pequenas differenças indicam uma estabilização da molestia, enquanto que a diminução do valor desses indices ande a par das melhoras.

As sedimentações normaes não significam cura — haja visto os innumerous casos ainda em actividade, nos quaes os indices estão dentro dos limites.

Só se deve afirmar que a sedimentação está normalizada quando não houver oscillações dos indices tomados com intervallos de tempo regulares.

A alteração humoral, causa directa da modificação da sedimentação, apparece antes que os signaes clinicos sejam patentes e entra em desaparecimento dias após a cessação desses mesmos signaes.

Deve-se considerar a reacção de sedimentação como um dos mais preciosos auxiliares da clinica, completando-lhe os resultados e permitindo estabelecer, com relativa segurança o prognostico.

O LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

PREPARA SOB O NOME DE

SANAPUZ

OS FILTRADOS POLYVALENTES DE BESREDKA

(EMPOLAS DE 10 C.C.)

MALEITA

Novo methodo scientifico de cura da malharia do
Prof. Guido Cremonese, com a

“SMALARINA CREMONESE”

COMPOSTO ORGANICO DE MERCURIO E ANTIMONIO, ISENTO DE QUININO
PARA IMMUNIZAÇÃO E CURA RADICAL DO IMPALUDISMO EM TODAS
AS SUAS MANIFESTAÇÕES, E O MAIS REBELDES

1 Caixinha é UMA CURA COMPLETA

SENDO O TRATAMENTO MAIS EDIFICAZ E ECONOMICO
ATÉ HOJE CONHECIDO



APPROVADO NO PRIMEIRO CONGRESSO INTERNACIONAL DE
MALARIOLOGIO DE ROMA, EM OUTUBRO DE 1925

A VENDA EM TODAS AS PHARMACIAS E DROGARIAS DO BRASIL

AGENTES GERAES E DEPOSITARIOS

ZAPPAROLI & SERENA LTDA.

RUA 15 DE NOVEMBRO. 29 — S. PAULO — BRASIL

AMOSTRAS GRATUITAS E LITERATURA AOS SNRS. MEDICOS

Aprovada pela Saude Publica sob n.º 62, em 26-1-927

Lipomas sub-mucosos do intestino. Invaginação no adulto.

(*A proposito de um caso*).

Ayres Netto

CHEFE DE CLINICA CIRURGICA
DA SANTA CASA,

Geraldo Vicente de Azevedo

INTERNO DA 1.^a CLINICA CIRURGICA
DE MULHERES DA SANTA CASA,

DE SÃO PAULO

SÃO relativamente raros os neoplasmas benignos do intestino e, talvez por isso, os grandes tratados lhes consagram descrições breves e incompletas. No entanto varios autores tem dedicado ao assumpto alentadas monographias, algumas das quaes se tornaram classicas. Segundo Heurtaux e King, os tumores benignos mais comuns no intestino são os myomas, seguindo-se, em ordem decrescente de frequencia, os lipomas, os adenomas, os fibromas, etc.

VARIÉDADES E FREQUENCIA — Conforme a sua séde, os lipomas intestinaes se dividem em *sub-mucosos*, localizados na sub-mucosa, e *sub-serosos*, que se desenvolvem no tecido conjuntivo sub-seroso. Os sub-serosos são os mais raros; Ruben, em 1921, reuniu apenas 15 observações, 2 pessoas e 13 colhidas algures. Os sub-mucosos são relativamente muito mais communs; o primeiro caso consignado é o de Bauer (Epistola de Molis Intestinatorum, 1757), seguindo-se os de Meckel (1818), de Huss (1844), de Cruveilhier (1856), de Sangalli (1860), etc. O primeiro trabalho de conjunto e completo é o de Stetten (1909), que reúne 74 casos de lipomas sub-mucosos do intestino. King, em 1917, assignala 6 casos em 44.654 operações intraperitonaes da Mayo Clinic e junta mais 29 esparsos; Vaccari em 1922 aponta 69 observações de diversas procedencias; estes autores, que incluíram nas suas sommas alguns lipomas da classe dos sub-serosos, parecem desconhecer o estudo de Stetten. O artigo mais completo, sob o ponto de vista estatístico, é o de P. Derocque e A. Derocque, publicado ultimamente no "Journal de Chirurgie"; enumeram 104 casos de lipomas sub-mucosos do intestino. A estes devemos acrescentar os seguintes, que não constam da relação dos autores francezes: Tédénat (1870), Stable (St. Thomas Hospital Reports, 1894), St. Thomas Hospital

Reports (1899), Sacconaghi, D'Este (1906), Cassanello (1912), Mayo Clinic (1914), Mayo Clinic (1915), Carlucci (dois casos, 1921), Vaccari (1922); e mais os de Nash (1924), de Lecène (publicado por Gueullette (1925), de Heinonen (1926), de Tanasescu (1927). Entre nós, apenas tivemos conhecimento de um registado em Campinas pelo Dr. B. da Cunha Campos (1) e do que ora apresentamos. Sem a especificação da séde sub-mucosa au sub-serosa conhecem-se alguns, que não incluímos no nosso computo.

Temos, pois, um total de 121 casos de lipomas sub-mucosos do intestino, somma minguada para uma estatística mais que secular, considerando-se ainda que tal eventualidade clinica, rara como é, sempre tem sido trazida á publicidade.

Por isso não é destituído de interesse o estudo que vamos fazer; e ainda porque os lipomas intestinaes offerecem quadro identico ao dos outros tumores do intestino e podem complicar-se de invaginação intestinal, mais frequente no adulto do que geralmente se pensa.

Eis a nossa observação:

FICHA N.º 278, DE 1927 — M. M., preta, casada, com 43 annos, brasileira, domestica, vinda de Ribeirão Preto, entrou para a Santa Casa de S. Paulo, indo occupar um leito no serviço do Dr. Ayres Netto, no dia 6 de Maio.

Anamnese — Conta a doente que em fevereiro ultimo começou a sentir uma dôr fraca e vaga em todo o baixo ventre, acompanhada de evacuações diarrheicas. Depois aquella dôr se exacerbou repentinamente, não podendo, entretanto, localizá-la; á noite, quando tudo parecia melhorar, notou que, indo á privada cada 5 minutos, suas fezes continham sangue vivo, ás vezes com coagulos. Em poucas horas tudo passou; e não se recorda de ter tido, outras vezes, evacuações sanguineas; suas fezes são sempre molles, sem catarrho, defeccando uma só vez por dia.

A dôr que sentia desde o inicio do mal nunca mais passou, vindo por crises, ás vezes bastante fortes. Recorreu a diversos medicamentos, sem resultado. Nos intervallos das crises sentia tambem uma pontada do lado direito. Quando se alimentava mais abundantemente via a dôr augmentar, e por isso só toma chá ou caldos, tendo emmagrecido bastante.

Repetidas vezes, pela manhã, em jejum, tem vomitos aquosos; só de uma feita vomitou amarello. Isso a doente attribue a um fortificante que lhe deram e que usou por algum tempo. Em uma occasião, quando a dôr do ventre foi muito aguda, teve calefrios. Acha que não tem tido febre; apenas, em alguns periodos mais dolorosos, tem sensação de frio pelas coxas. Durante três noites a fio sentiu fortes dôres de cabeça, do lado direito, com irradiações para o pescoço. De quando em vez sente palpitações.

(1) O Dr. B. da Cunha Campos levou-o á Sociedade de Medicina de Campinas e gentilmente nos enviou o original da sua communicação, que em resumo foi publicada na "Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia" (1926, ns. 7-8-9, pg. 580); tratava-se de um grande lipoma do ceco, causador de crises de oclusão e operado com pleno exito.

Apesar de tudo ainda trabalhava até sua entrada no hospital, sómente quando a dôr era muito intensa recolhia-se ao leito. De nada mais se queixa.

Antecedentes pessoas — Diz ter tido sarampo, gripe e rheumatismo nas articulações do pé e do joelho, porém sem febre. Antes do inicio da molestia actual jamais sentiu qualquer colica ou outras perturbações gastro-intestinaes. Não precisa a época do apparecimento de suas primeiras menstruações. Estas se succederam sempre periodicamente, abundantes, durando três ou quatro dias. Três mezes antes da dôr inicial do ventre desapareceram suas regras. Accusa parto unico, do qual se levantou três dias após, tendo forte dôr no ventre e hemorragias que lhe duraram um mês. Não teve abortos.

Antecedentes familiares — Não conheceu seu pae. Sua progenitora falleceu de variola e sua filha com 11 mêses. Teve 6 irmãos, dos quaes 4 morreram na infancia; os restantes se encontram vivos e fortes.

Evolução — A doente, desde que começou a ser observada, nos dias que esteve no serviço, continuou a queixar-se da mesma dôr no baixo ventre, com os mesmos caracteres já referidos. Um dia, por três ou quatro vezes, teve evacuações francamente sanguineas. Conta que, após sua internação, certa vez sentiu formar-se um caroço (sic) na fossa iliaca direita, o qual subindo foi desaparecer no lado esquerdo.

Exame physico — Mulher de compleição forte e aspecto sadio, com pânículo adiposo bem desenvolvido, com esqueleto, musculos, pelle e pêlos normaes.

Abdomen — Provido de abundante tecido adiposo, apresenta na região umbilical uma saliência arredondada, com uns 6 cms. de diametro, molle, limitada por um largo anel endurecido e através da qual se apalpam alças intestinaes gargarejantes: é uma hernia umbilical, que a doente diz trazer desde a infancia.

Pela apalpação accusa dôr no fossa iliaca direita, mais accentuada em torno do ponto de Mac Burney; a defesa da parede impede a apalpação profunda da região.

O colon sigmoide é apalpavel e não doloroso; não sentimos o transverso. Bordo inferior do figado pouco abaixo do rebordo costal; bordo superior ao nivel da 5.^a costella. O rim direito é apalpavel, obtendo-se rechazo antero-posterior pelo exame bimanual. Baço e rim esquerdo não apalpaveis.

Em novo exame notou-se, pouco abaixo do rebordo costal direito, um corpo arredondado, grande, movel, duro; se o apalpamos e comprimimos na parte inferior, elle se torna mais profundo e se desloca para a loja renal: é o rim direito, muito volumoso, que, quando na sua loja, é facilmente deslocavel no sentido antero-posterior.

No momento da intervenção, após a anesthesia, observou-se no hypochondrio direito um tumor muito movel, das dimensões de uma laranja, podendo ser levado facilmente até o hypochondrio esquerdo.

Apparelho genital — Orgãos externos normaes. Vagina ampla e longa; collo por detrás da symphyse; utero grande, em retro-versão movel, embora não se consiga reduzir devido á contracção dos musculos abdominaes. No corno uterino direito ha um nodulo (fibromyoma?).

Apparelho respiratorio — Normal.

Apparelho cardio-vascular — Normal.

Wassermann — Negativo.

Fezes — Negativo.

Urina — Traços leves de albumina. Ausencia de glycose e de acetona. Sedimento: cellulas chatas e pús. Ausencia de pigmentos e acidos biliares.

Radiographia do intestino grosso — Transverso muito longo, descendo até a bacia. Ptose do ceco e colon ascendente.

*Diagnostic*o — A dôr no ponto de Mac Burney e a defesa na fossa iliaca direita nos levaram á supposição de uma appendicite sub-aguda. A doente, além disso, era portadora de uma hernia umbilical, ptose renal direita e retro-versão movel do utero. A questão da ptose renal foi plenamente esclarecida pelo rechaço antero-posterior do órgão e pela existencia do tumor constituido por elle. A existencia dessa ptose nos fez pensar na mobilidade do ceco e do colou ascendente (muitissimo frequente em taes occorrencias morbidas), provocada pelo descollamento do meso-colon normalmente fixo na parede abdominal posterior; e a radiographia confirmou planamente a nossa supposição, mostrando ainda que o transverso, que não haviamos apalpado no abdomen, descia até a bacia, subindo juxtaposto ao descendente. Essa mobilidade do ceco e da primeira porção do colon poderia ser responsavel, até certo ponto, pelas dôres referidas pela doente.

Mais acceitavel que a hypothese de uma appendicite sub-aguda nos pareceu a de typhlo-colite, pois não se enquadravam na appendicite aquellas dejeccões sanguineas. Entretanto difficillima é geralmente a distincção entre appendicite e typhlo-colite e, como observam varios autores, ás vezes o acto operatorio nos dá a surpresa de encontrarmos uma typhlo-colite quando juravamos uma appendicite.

A doente nos referiu certa vez uma historia vaga e incompleta de peristaltismo visivel, o que nos fez pensar por um momento em obstrucção intestinal. Logo, porém, afastámos essa hypothese: seria um symptoma isolado de obstrucção, a descripção do phenomeno, observado pela doente uma só vez, era duvidosa e insufficiente para se afirmar a sua natureza; demais a direcção referida pela doente era a do colon transverso, que já sabiamos descer muito baixo e subir juxtaposto ao descendente; assim, sendo o angulo esplenico do colon muito agudo, attribuímos o possivel peristaltismo visivel á dificuldade de vencer esse obstaculo. De facto, a direcção do peristaltismo visivel (se é que existiu) não fazia absolutamente pensar em obstrucção para o lado do ceco, que depois se verificou.

A doente reclamava a cura de sua grande hernia umbilical, indicação operatoria que se impunha; e desde logo resolvemos aproveitar a anesthesia para um novo exame, por certo muito mais proveitoso, sem a dôr e a defesa da parede.

Com effeito, nestas condições, encontrámos um tumor na região sub-hepatica, menor e distincto do que tinhamos visto constituido pelo rim, tumor muito movel, podendo ser levado até o hypochondrio esquerdo. A extrema mobilidade indicava que elle devia ser ou mesenterico ou mais provavelmente intestinal; o optimo estado geral da doente excluia a idéa de uma neoplasia maligna: devia ser antes um tumor benigno.

Rememorando o começo violento da doença (dôr muito forte, enterorrhagia), lembrou-se uma invaginação; porém, a evolução mais ou menos benigna, sem outras crises semelhantes á do inicio, tornava pouco viavel essa hypothese. Ficámos, pois, no diagnostico de neoplasia, provavelmente benigna, do intestino.

OPERAÇÃO — (20-5-1927) — Dr. Ayres Netto, auxiliado pelo academico Geraldo Vicente de Azevedo — Incisão mediana supra-umbilical, com exereses de uma lingueta de pelle e tecido sub-cutaneo. Abertura do peritoneo e reseccão do sacco herniario. Examinando a cavidade, observamos um tumor de côr avermelhada e duro, constituido pelo angulo direito do colon muito congestionado, turgido; nota-se que ha uma invaginação do ceco com o appendice e de quasi todo o colon ascendente. Exercendo-se certa pressão no tumor constituido pela invaginação para tentar a sua redução, dá-se uma pequena ruptura de uns 4 cm. na porção mais congesta, dando saída a pequena quantidade de muco: sutura immediata. Pela pressão mais abaixo se consegue facilmente desfazer a invaginação, porém o fundo do ceco permanece invaginado, com algumas bridas que precisamos romper para evaginá-lo todo. Então rompe-se em parte o fundo do ceco e apparece um tumor do tamanho de uma laranja, avermelhado, com pequenas manchas amarellas, o qual é extirpado. Sutura de Lambert. O appendice, longo, normal, de posição descendente, ficou isolado do ceco, pois a sua base foi incluída na extirpação; ligadura isolada da arteria appendicular seguida de appendicectomia. Sutura da parede abdominal em três planos.

Anesthesia: racheana com 0,06 de estovaina. Injecção de strychnina logo a seguir.

Pressão arterial (app. de Vazquez-Lauby): antes da operação, max. 13,5 e min. 8; durante a operação, max. 8 e min. 5.

O periodo post-operatorio decorreu sem incidentes e a paciente deixou a enfermaria completamente curada.

Como mostrou a intervenção, havia, além do tumor, uma invaginação, diagnostico que não tinhamos ousado formular.

E' deveras interessante que, na occasião da operação, se observasse esse tumor sub-hepatico, que absolutamente não existia nos exames anteriores. A explicação desse facto nos parece a seguinte: havia uma invaginação antiga, a do ceco sómente, tornada definitiva por adherencias, e outra recente do colon ascendente, continuação da primeira; prova disto é o estado de edema e de congestão muito accentuada, em que se encontrava esta porção do colon. De facto, se a invaginação do colon ascendente fosse antiga, nas condições em que se

achava já teria por certo caminhado para a necrose; e, mesmo que assim não fosse, a região dolorosa e tensa seria a sub-hepática, não a fossa iliaca, e o exame radiológico teria revelado a invaginação. Acreditamos, pois, que a invaginação do primeiro segmento do colon, encontrada na operação, precedeu de pouco a esta, sendo a continuação de outra, cecal, mais antiga. Estamos também autorizados a supor que a invaginação do colon ascendente fosse a repetição de invaginação idêntica, correspondente p. ex. á crise maior do início da molestia e que havia regredido espontaneamente. A existência de invaginações de repetição já foi assinalada por varios observadores, sendo mesmo denominadas "invaginações intermitentes"

PEÇA OPERATORIA — Exame macroscópico — Tumor do tamanho de uma laranja, redondo, de cor vermelha com manchas amareladas, de consistência pastosa. Vê-se um pedaço de mucosa do ceco recobrimdo até um terço do tumor. Ao corte, observamos uma superfície amarela, com aspecto de manteiga, envolvida por uma capsula espessa que lhe é inteiramente adherente. Diagnostico macroscópico: lipoma sub-mucoso.

Exame histológico — O corte feito após inclusão em parafina, corado pela hematoxyllina-eosina, revelou uma capsula espessa constituida por tecido conjuntivo, edemaciada, ulcerada em alguns pontos, com grande infiltração de leucocytos polymorpho-nucleares neutrophilos, além de lymphocytos e plasmacellulas. Esse processo inflammatorio se estende além da capsula e penetra até a parte propriamente tumoral. A parte tumoral é constituida por cellulas adiposas que se mantem na disposição que se costuma encontrar nos lipomas. Diagnostico histológico: lipoma, com inflammação sub-aguda, provavelmente devida á infecção secundaria. (Exame feito pelo Dr. Altino Antunes, Chefe do Laboratorio da 1.^a C. M. da Santa Casa).

ANATOMIA PATHOLOGICA DOS LIPOMAS SUB-MUCOSOS DO INTESTINO E DAS INVAGINAÇÕES INTESTINAES — Os lipomas sub-mucosos podem desenvolver-se em qualquer ponto do intestino desde o duodeno até o recto. Examinando todos os casos publicados com indicação da séde do tumor, verifica-se que os lipomas sub-mucosos teem sido encontrados quasi em egual proporção no delgado e no grosso, com pequena vantagem para este ultimo. No intestino delgado são muito mais encontradiços no jejuno-ileon do que no duodeno, approximadamente na relação de 5 para 1. No intestino grosso os lipomas, como succede também com as neoplasias malignas, localizam-se principalmente no ceco, no colon sigmoide e no recto (Derocque).

Geralmente se encontra um unico lipoma sub-mucoso, entretanto ha 7 observações de lipomas sub-mucosos multiplos. Em outros casos havia varios lipomas, uns sub-mucosos e outros sub-serosos (Hahn, Hellström, Vaccari); em um havia também lipomas no mesenterio, no mesosigmoide e no grande epiploon (Odelberg).

O lipoma é geralmente arredondado ou ovoide, de superfície lisa ou lobulada. O seu volume é muito variavel; os que se manifestam

cl clinicamente medem desde o tamanho de uma noz até o de uma laranja ou mesmo de uma cabeça de feto. Os mais volumosos são sempre os do intestino grosso.

A camada muscular do intestino constitue uma especie de barreira para o desenvolvimento dos lipomas; assim os da sub-mucosa fazem saliencia na luz intestinal, ao passo que os sub-serosos crescem para o lado da cavidade peritoneal. Nem sempre, entretanto, isto é regra, pois Hahn, Marchand e Cassanello descrevem tumores que, fazendo saliencia na luz intestinal, eram sub-serosos.

Nos lipomas de volume sufficiente para produzir phenomenos de obstrucção, notam-se com frequencia ulcerações da mucosa que os recobre.

Pelo exame histologico encontramos o lipoma desenvolvido no tecido conjuntivo frouxo da sub-mucosa, tendo a estrutura propria dos lipomas circumscriptos: constituido por tecido adiposo, é envolvido por uma capsula conjuntiva que envia para a profundidade trabeculas que como lobulam o tumor. Quando esse tecido conjuntivo adquire desenvolvimento muito grande, o tumor passa a ser um fibro-lipoma. Em contacto com o tumor a *muscularis mucosæ* se hypertrophia, ao passo que a mucosa se mostra atrophada, outras vezes ulcerada ou com placas de necrose; não raro observa-se em volta do tumor, ou mesmo penetrando nelle, uma inflammacão, como nó nosso caso.

A invaginação causada por essas neoplasias é frequente; vamos, pois, descrever as diversas fórmãs desta complicação e outras alteracões que a acompanham.

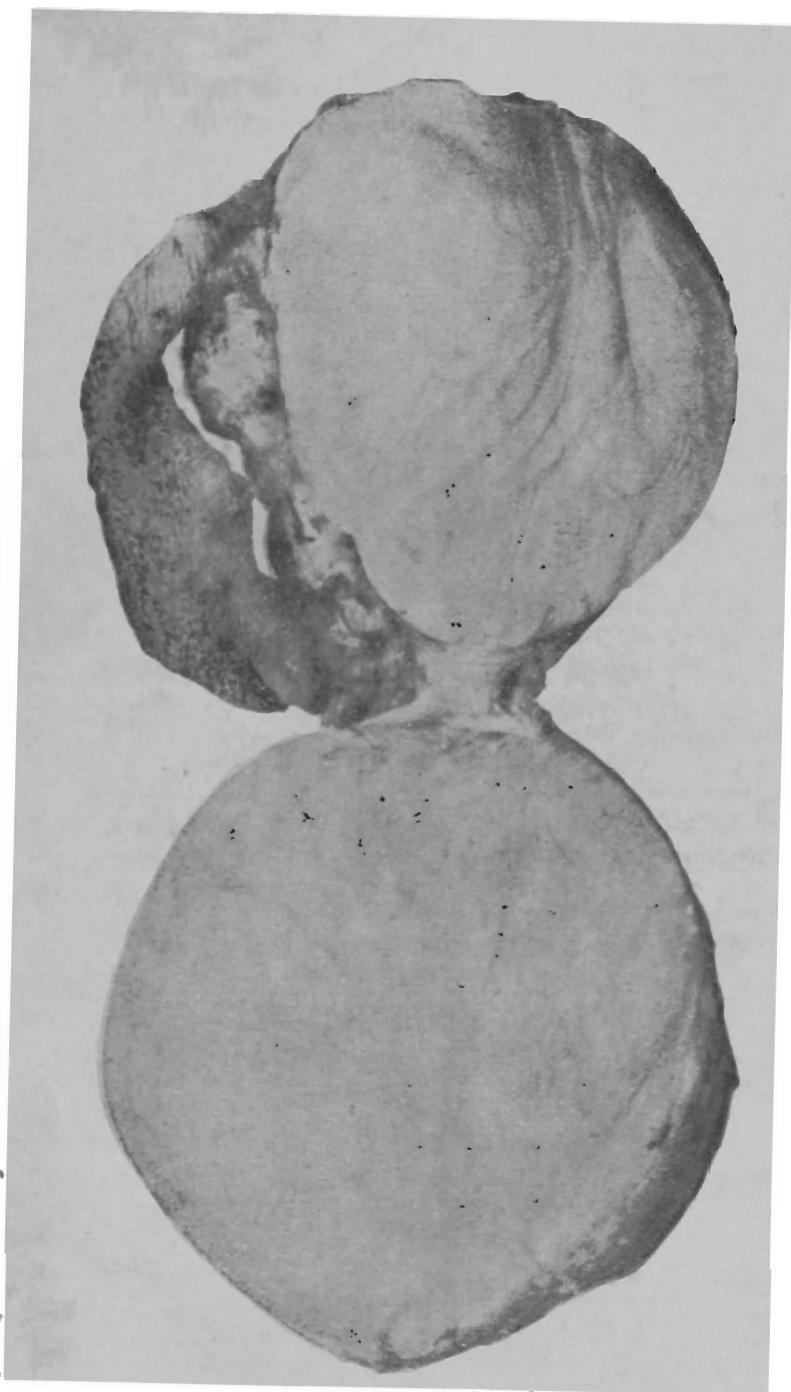
Em toda invaginação ou intussuscepção ha, como é sabido, três cylindros, um dentro do outro. O externo é o tubo invaginante ou bainha; os dois internos, que podem ainda estar dobrados sobre si mesmos, constituem o tubo invaginado (*boudin* dos franceses).

O ponto em que o cylindro medio se dobra para constituir a bainha é o chamado collo da invaginação. Os cylindros externo e medio estão em contacto pela mucosa; o interno e o medio se tocam pela serosa. Pode dar-se uma invaginação dupla e teremos cinco cylindros uns dentro dos outros; é eventualidade muito rara.

As invaginações são quasi sempre descendentes, mas pode haver ascendentes ou recurrentes, isto é, dirigidas para a extremidade oral do intestino.

A parte que se invaginou em primeiro lugar fica sempre na extremidade do segmento intestinal invaginado; é a cabeça da invaginação. O augmento da invaginação se faz á custa da bainha, que se vae dobrando para constituir o tubo medio.

O mesenterio ou o mesocolon são levados pela porção invaginada e, como exercem sobre ella certa tracção do lado em que se inserem, a mesma fica encurvada e o orificio situado na sua extremidade se volta para o lado concavo da curva.



LIPOMA DO CECO (córte)

De modo geral, a invaginação pode ser de três especies: do intestino delgado no mesmo delgado; do intestino grosso no proprio grosso; e do delgado no grosso. As duas primeiras são muito simples e correspondem á descripção geral que fizemos acima.

As invaginações do intestino delgado no grosso não são tão simples, pois que não pertencem todas ao mesmo typo. Frequente é a invaginação *ileo-cecal*, cuja ponto de partida e cabeça é a valvula de Bauhin (já por si uma invaginação parcial), que vae caminhando progressivamente na luz do ceco, depois na luz do colon; este typo é mesmo o mais commum de todos (64 0/0, segundo Flesch-Thebesius, 52 0/0 só no adulto, segundo Sullivan); mas com elle não devemos confundir as outras fórmulas adiante enumeradas. A invaginação *ceco-cecal* é a do fundo do ceco, com o appendice, naquella porção do intestino; a *ceco-colica* é a mesma ceco-cecal que caminhou para o colon e, conforme a sua extensão, pode levar consigo a valvula ileo-cecal e a ultima porção do ileon (invaginação ceco-ileo-colica de Lavesson, a mais commum segundo este autor). *Ileo-colica* é uma invaginação primitivamente ileal pura e simples, cuja cabeça attingiu a valvula ileo-cecal e continuou a caminhar no intestino grosso; o ceco pode permanecer na sua séde ou ser invaginado tambem. No nosso caso tratava-se de uma invaginação ceco-colica, sendo a cabeça constituida pelo lipoma localizado no fundo do ceco.

Como vimos, o mesenterio é levado através do collo da invaginação; ora, isto constitue um dos seus maiores perigos. Como os vasos da parte invaginada são comprimidos no collo, ha nella uma estase venosa e uma tumefacção por infiltração sanguinea. Disso resulta necrose da mucosa e como consequencia apparece a melæna.

A invaginação produz uma estenose ou uma oclusão intestinal. Devido á pequena ou nenhuma permeabilidade resultante, o segmento intestinal situado acima da invaginação se dilata e mais tarde a sua tunica muscular se hypertrophia.

As superficies serosas em contacto contraem adherencias maiores ou menores entre si, tornando irreductivel a invaginação e só susceptivel de desfazer-se pela ruptura das adherencias no acto operatorio.

ETIOLOGIA E PATHOGENIA — Pouco se sabe quanto á etiologia dos lipomas sub-mucosos do intestino.

O sexo não parece ter influencia.

Em relação á idade, são rarissimos antes dos 20 annos e se mostram mais frequentes entre 40 e 60 annos (Stetten e Derocque); esta maior frequencia, como observa Stetten, é mais apparente do que real, attendendo-se a que o lipoma evolue lentamente durante annos antes de manifestar a sua presença.

Varios autores occuparam-se da genese dos lipomas em geral e dos do intestino em particular. Vamos expôr resumidamente as principaes opiniões sobre o assumpto, transcriptas e discutidas por Vaccari.

Cicala, por exemplo, acha que os pontos de crescimento do tumor são representados por focos de infiltração parvi-cellular; as células gordurosas proveem de células do tecido conjuntivo ou de células leucocytarias.

Borst diz que "não é necessario, nos lipomas heterotopico, pensar sempre em uma ectopia de germens" (theoria de Durante-Conheim), originando-se tambem o tecido adiposo, por metaplasia, do tecido conjuntivo commum; a gordura appareceria primeiro em pequenas gottas e em seguida confluiria em uma grande gotta unica, deslocando o nucleo para a periphéria da cellula.

Minelli acredita que os lipomas são o resultado de "degeneração do tecido conjuntivo"; dar-se -ia a principio uma activa neoformação de fibroblastos que em parte evolveriam normalmente para constituir tecido conjuntivo adulto e em parte degenerariam em células gordurosas typicas.

Delbet, Quénu, Kormann, Schwartz, Chévrier e outros ligam á inflamação o desenvolvimento do lipoma.

Aievioli, que estudou a fundo a questão da genese dos lipomas, relaciona a localização e o desenvolvimento desses tumores com a circulação lymphatico-sanguinea dos tecidos, com a distribuição e a função do tecido elastico e com as alterações do mesmo, que perderia em parte o seu papel de regulador e equilibrador da circulação lymphatica e tambem da deposição de gordura. Tal theoria, abraçada por Avallone e Askanazy, é mera hypothese, como observa Vaccari, pois não se baseia em dados microscopicos.

Voigt dá valor á acção toxica do alcool e do fumo e á arterio-esclerose resultantes desses toxicos, da idade e do genero de vida do paciente. Outros dão importancia aos traumatismos, ás molestias infecciosas, á tuberculose; comtudo, todos estes pretensos factores, se se descobrem em certos casos, faltam completamente em outros e assim parecem destituídos de qualquer valor etiologico.

O facto é que os lipomas do intestino, como outros quaesquer, frequentemente se observam em pessoas obesas ou muito gordas; porém isto tem mais importancia no caso dos lipomas sub-serosos, que as mais das vezes não são neoplasias, mas grandes hyperplasias de gordura dos appendices epiploicos.

Em conclusão, permanece obscura a etiologia dos lipomas sub-mucosos do intestino; e mui difficil será esclarecê-la.

Como factores de invaginação tem grande importancia os tumores do intestino; na estatistica de Gueullette, sobre 123 casos de invaginação, existiam numa proporção de 36 % Quasi todo esse valor etiologico cabe aos tumores benignos; os malignos mais raramente são acompanhados de invaginação.

No que diz respeito aos lipomas sub-mucosos, Derocque consigna 47 casos de invaginação em 72 lipomas que se manifestaram clinica-

mente; sendo interessante notar que em 32 lipomas do intestino delgado houve 28 invaginações, ao passo que em 38 lipomas pertencentes ao intestino grosso apenas 19 foram acompanhados dessa complicação; donde se infere ser mais frequente a invaginação ocasionada por lipomas do delgado.

Antes de examinarmos as diversas causas determinantes de uma invaginação do intestino, vejamos qual o seu modo de formação, a sua pathogenia.

Duas ordens de theorias procuram explicar a formação de uma invaginação: a *theoria mechanica* e as *theorias physiologicas*.

A primeira, suggerida por Morgagni e Hunter, defendida depois por Besnier, Kasemeyer, Flesch-Thebesius, procura explicar a invaginação pela tracção de um polypo sobre a mucosa ou simplesmente pelo peso de um tumor ou de um bolo fecal. Nothnagel acha que a acção *mechanica* do tumor tem papel secundario e que a causa da invaginação é representada por intensos movimentos peristalticos devidos a uma irritação no ponto de inserção do tumor.

Assim já passamos para o campo das *theorias physiologicas*, que attribuem toda invaginação a modificações da musculatura intestinal. Temos primeiro a "*theoria paralytica*" de Leichtenstern, segundo a qual uma porção do intestino, por uma inflammação catarrhal, peritonite, traumatismo, etc., cae em atonia e se relaxa; a porção situada acima, cujo peristaltismo persiste ou é augmentado, penetra então na porção paralyzada e a invagina no intestino situado abaixo e dotado de actividade. Esta porção activa, que constitue a bainha da invaginação, se contrae fortemente e por seus movimentos peristalticos faz com que augmente cada vez mais a invaginação. Cruveilhier acredita que essa paralyzia de uma porção do intestino não é indispensavel e que o principal papel cabe á contracção que produz um estreitamento da porção anterior áquella; ha um encurtamento dessas duas porções por contracção das suas fibras longitudinaes e como consequencia a penetração da parte estreitada na parte normal ou dilatada. Essa "*theoria activa*" foi sustentada, com pequenas variantes, por Dance, Gorham, Brinton, Bristow, Ombredanne, Rafinesque, etc. Segundo Propping, todas as invaginações, inclusive as do appendice e do diverticulo de Meckel, começariam por um espasmo local das fibras musculares circulares do intestino; o segmento contrahido se alonga um pouco e pela sua extremidade distal penetra na porção situada abaixo; a invaginação em seguida augmenta á custa da bainha, por contracção das suas fibras circulares, de modo que o collo da invaginação se approxima cada vez mais da extremidade oral do intestino.

O essencial é notar que com movimentos peristalticos normaes não se produz invaginação; faz-se mister que haja uma alteração desses movimentos, ao lado de uma diminuição de calibre, quer anatomica quer physiologica. A' irregularidade dos movimentos peris-

talticos são devidas as invaginações, não raras nas creanças, produzidas durante o periodo agonico ou após a morte; reconhecem-se na necropsia pela ausencia de congestão venosa e pela facilidade com que se desfazem. Um agente chimico (por exemplo o gás carbonico) ou um agente physiologico (p. ex. o jejum, traumatismos abdominaes, assinalados em algumas observações) podem causar perturbações do peristaltismo, realizando as duas condições: espasmo e hyper-actividade muscular. Um tumor, diminuindo a luz do intestino, provoca um hyper-peristaltismo no segmento intestinal situado acima d'elle e disso resulta a invaginação, em muitos casos favorecida pela tracção ou peso da propria neoplasia; em outros casos, como no nosso de lipoma do ceco, esse factor mechanico não pode ter influencia e isso serve para mostrar a sua pouca importancia mesmo nos casos em que actua.

Do estudo da pathogenia da invaginação intestinal concluimos que ha duas ordens de elementos etiologicos capazes de produzi-la: causas anatomicas, isto é, lesões evidentes da parede intestinal, e causas verdadeiramente physiologicas e de interpretação mais difficil.

Entre as causas anatomicas teem importancia primordial os tumores, que na estatistica de Gueullette concorrem com 36 % no adulto, sobretudo os benignos, pois os malignos raras vezes provocam invaginação. Como causa importante temos a considerar tambem todas as infiltrações inflammatorias ou edematosas da mucosa intestinal. Estas seriam, segundo Lavesson, a causa mais commum da invaginação, attingindo principalmente o ceco, em parte ou em totalidade, por causa da estructura e da fórma dessa porção do intestino, como tambem da quantidade maior de bacterias que elle contem. As ulcerações do intestino, quer sejam simples ulceras inflammatorias quer sejam sequelas da febre typhoide, da dysenteria, da tuberculose, etc., são tambem causas de invaginação no adulto. Os vermes intestinaes e os corpos extranhos, a pericolite membranosa, o diverticulo de Meckel, a appendicite, podem tambem, ainda que raramente, ser causa de invaginação; neste ultimo caso é preciso não confundir as modificações do appendice devidas a uma invaginação produzida por outra causa com uma appendicite que poderia figurar como provocadora da invaginação.

Taes são as causas anatomicas da invaginação intestinal.

Em cerca de 50 % dos casos, segundo Gueullette, não se tem podido descobrir nenhuma causa anatomica; nesses casos a invaginação é produzida por elementos puramente physiologicos, como provam algumas observações publicadas. Taes são todos os factores capazes de alterar os movimentos intestinaes normaes: a espasmophilia, invocada principalmente para explicar as invaginações da infancia, a propria susceptibilidade do individuo, os purgativos muito energicos, os traumatismos abdominaes (Kennedy, Maxwell), o jejum muito prolongado (Mooro) e talvez mesmo uma pequena ulceração da mucosa, sufficiente para agir como espinha irritante (Gueullette).

EVOLUÇÃO E PROGNOSTICO — O prognostico de um lipoma ou de qualquer tumor benigno do intestino está ligado principalmente á possibilidade de uma invaginação, que, uma vez effectuada, pode evoluer de varios modos:

a) Cura por desinvaginação espontanea; nesse caso a invaginação pode reproduzir-se e, conforme Quénu e Moorle, poder-se-ia admittir que muitas invaginações de evolução lenta, entrecortadas por periodos de saúde perfeita, são verdadeiras fórmulas intermitentes ou de repetição.

b) Oclusão intestinal que, não operada, termina pela morte; mais frequente na creança, por causa da luz mais estreita do intestino (Sacconaghi).

c) No adulto é mais frequente um decurso chronico, porque o intestino invaginado permanece permeavel; todavia não são raras as excepções a essa regra.

d) Peritonite por necrose ou gangrena da parte invaginante.

e) Em casos favoraveis de invaginação mais antiga, a parte invaginada, depois de esphacelada, é expulsa, inteira ou em fragmentos. No collo da invaginação se forma uma adherencia das partes separadas do intestino, por peritonite adhesiva; porém, mais tarde, pode haver uma estenose devida á cicatriz annular que se forma. Segundo Chiari e Braun, Karpa, Sella, taes invaginações podem effectuar-se na vida intra-uterina, resultando dahi estenoses ou atresias congenitas do intestino.

f) Necrose no collo da invaginação, ou expulsão da parte necrosada antes de se formarem adherencias solidas no collo; então ha uma peritonite ou uma perfuração com peritonite consecutiva.

g) Necrose da porção do intestino situada acima da invaginação e dilatada; como consecuencia, peritonite.

Nos caos de necrose ou esphacelo, pode haver tambem septicemia, thrombose das veias mesaraicas e abscessos hepaticos.

ESTUDO CLINICO — Deyemos estudar separadamente os lipomas do recto e os lipomas das outras porções do intestino.

O diagnostico dos primeiros é facil; determinam os mesmos symptomas dos polypos fibrosos ou adenomatosos. Sentem-se pelo toque rectal, são vistos pela rectoscopia, podem sair através do anus, occasionando prolapso, e ás vezes são expulsos espontaneamente.

Os lipomas sub-mucosos do intestino delgado e do ceco-colon apresentam aspectos mais interessantes: conservam-se latentes, não se manifestando por nenhum symptoma; mais frequentemente dão logar a symptomas intestinaes chronicos, constituindo um syndromo variavel, complexo, enganador e grave; em outros casos, revelam-se subitamente por crise de oclusão intestinal aguda, geralmente devida á invaginação.

Em 20 % das observações conhecidas, o lipoma sub-mucoso era de pequenas dimensões, não produzindo obstrucção nem inva-

ginação e sendo encontrado accidentalmente, por ocasião da necropsia ou de intervenção abdominal devida a affecção differente. Dos 22 casos de lipomas latentes (Derocque), 17 pertenciam ao intestino delgado e 4 ao grosso, sendo que em 1 a séde não foi precisada.

Em cerca de metade dos casos, o lipoma se manifesta por symptomas que, comquanto muito variaveis, geralmente levam ao diagnostico de obstrucção intestinal chronica, com ou sem invaginação. Muitas vezes esses symptomas consistem em crises alternadas com periodos de longa acalmia que duram desde alguns dias até semanas ou mêses.

No caso de estreitamento da luz intestinal determinado por tumor mais ou menos volumoso, bem como no de invaginação causada pelo mesmo, predomina a dôr. No caso de tumor sem invaginação, a sua intensidade é variavel: ás vezes simples sensação de peso, outras vezes dôres vagas que augmentam, chegando a constituir colicas fortes, mormente após as refeições; dôr essa em geral diffusa, raramente localizada á região da neoplasia. Nessas circumstancias não são raras verdadeiras crises de oclusão.

Quando se dá invaginação, o doente é accommettido repentinamente de dôr fortissima, ou que se inicia fraca e vae crescendo progressivamente. A dôr subita é acompanhada muitas vezes de vomito inicial ou de abundante enterorrhagia; depois esses phenomenos melhoram e a molestia toma um character chronico, manifestando-se por crises alternadas com periodos de bem-estar durante os quaes o paciente se queixa de perturbações digestivas diversas, devidas sobretudo a alterações no curso do conteúdo intestinal. Ora ha prisão de ventre constante e rebelde; ora a constipação se alterna com periodos de diarrhéa abundante e fetida; ás vezes as funções intestinaes podem normalizar-se por longo tempo. Nos casos de invaginação são communs as dejeccões muco-sanguinolentas (devidas a uma estase venosa accentuada) e repetidas com muita frequencia; outras vezes as hemorragias são raras e apenas o doente refere duas ou três evacuações sanguineas.

Os vomitos, exceptuados os que traduzem oclusão intestinal ou peritonite, carecem de importancia; são mucosos ou biliosos, irregulares, muitas vezes apparecendo com as crises de dôr; não se encontram os sanguinolentos, que constituem symptoma importante de invaginação alta, tal a retrograda do jejuno após operação de gastroenterostomia.

Todas essas perturbações não tardam a repercutir sobre o estado geral do doente, que vae restringindo a sua alimentação, por falta de appetite ou para evitar as dôres; seguem-se o emmagrecimento, a asthenia.

A symptomatologia funcional que acabamos de descrever é por demais pobre para nos levar á trilha de diagnostico acertado. E' pois, o exame physico que vae esclarecer a questão: em certos casos

as suas indicações preciosas impõem desde logo o diagnostico de tumor ou de invaginação, ou pelo menos o de obstrucção intestinal; outras vezes os seus dados são falhos e necessitam repeti-lo varias vezes para descobrir algo que nos oriente.

Dois signaes importantissimos nos fornece o exame physico: o peristaltismo visivel e a percepção do tumor, constituído pela neoplasia ou pela invaginação, facto esse mais frequente.

A exploração do anus e do recto é muito util, pois a invaginação chronica pode levar o tumor até o ultimo tracto do tubo digestivo, tornando-o acessivel ao toque rectal ou mesmo visivel no anus. A rectoscopia e a sigmoidoscopia tambem poderão attingir tumor ou invaginação não accessiveis ao toque.

Obstrucção, estenose ou oclusão determinam na porção precedente do canal intestinal uma distensão que constitue o chamado meteorismo de estase, com movimentos peristalticos visiveis e dirigidos para a porção obstruida, ou a distensão rigida, que, acompanhada de gargarejos e de colicas intensas constitue o syndromo de König, autor que a descreveu, pela primeira vez, na tuberculose intestinal. A distensão rigida só se encontra quando a estenose ou oclusão se produz gradualmente, o que permite á tunica muscular hypertrophiar-se.

A porção distendida é sempre a que precede a obstrucção, como é logico suppor; todavia Sacconaghi consigna o caso, de observação sua, de lipoma sub-mucoso da flexura hepatica do colon, em que se encontrava a distensão rigida paradoxal abaixo da obstrucção, isto é, em todo o colon transverso. Alguns autores chamam "alça de Wahl" á alça intestinal assim distendida por uma obstrucção unica ou monoleptica; outros, como Sacconaghi, reservam essa denominação para a alça distendida por uma obstrucção dupla ou bileptica (p. ex. no volvulo).

O peristaltismo visivel, essa "bola que cresce e passeia no ventre", no dizer dos doentes, sempre na mesma direcção, é acompanhado de gargarejos ou borborygmos, os quaes geralmente se mostram quando desaparece a distensão que faz saliencia através das paredes do ventre; mas ás vezes os gargarejos se percebem desde que se forma a distensão. Tambem a passagem de materias pela parte estenosada pode traduzir-se por ruidos identicos.

Não raro, não nos é dado observar o peristaltismo mesmo em exames repetidos, mas o doente no-lo refere, ás vezes com detalhes que não deixam duvidas sobre a natureza do phenomeno.

Em presença desse signal de obstrucção intestinal, observado directamente ou referido pelo doente, ou de symptomas funcçionaes que façam suspeitá-la, devemos sempre pesquisar um tumor. Não basta um exame; é preciso fazer varios e muitas vezes, em um delles, somos surprehendidos pela presença de um volume que não haviamos encontrado nos exames anteriores. Esse tumor, constituído geralmen-

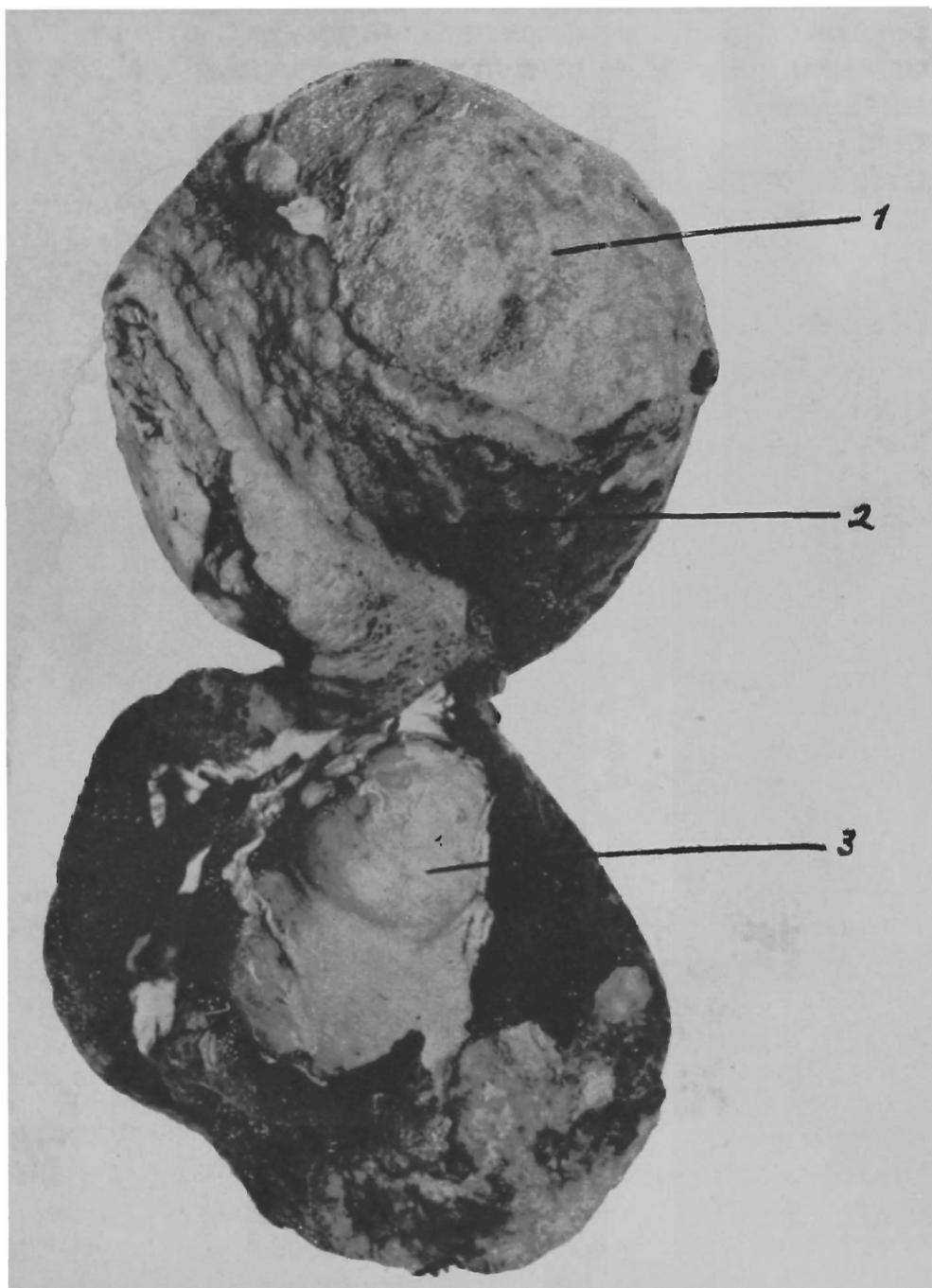
te pela invaginação, mais raramente pelo propria neoplasma benigno que a causa, não é, portanto, encontrado sempre; seja porque, sendo pequeno ou molle, não é apalpado através de uma parede espessa ou com exaggerada defesa muscular, seja porque se esconde em uma das regiões profundas do abdomen, seja porque não existe mesmo no momento do exame, pois que uma invaginação pode regredir e mais tarde reproduzir-se. A anesthesia, que afasta a resistencia da parede que se defende, os toques rectal e vaginal, pelos quaes se descobre um tumor escondido na pequena bacia, e a posição de Trendelenburg, que o desloca para o abdomen, são processos uteis de pesquisa (Brocq e Gueullette).

Na estatistica de Gueullette, que reuniu 123 casos de invaginação intestinal do adulto, o tumor falta em 49% dos casos. Leichtenstern, em uma estatistica de 433 casos, assignala a sua ausencia em 222.

Esse tumor é as mais das vezes hypogastrico ou peri-umbilical no caso de invaginação do intestino delgado; quando se encontra em uma das fossas iliacas ou um dos hypochondrios, geralmente corresponde a uma invaginação do intestino grosso.

A's vezes é sentido, pelo toque vaginal, no fundo de sacco de Douglas. Geralmente é movel; em outros casos é fixo, porque immobilizado secundariamente por lesões inflammatorias ou porque pertence a uma porção do intestino grosso normalmente fixa; mas, mesmo aqui (pois ha um descollamento do colon) pode ser movel e facilmente deslocado em varios sentidos. "A mobilidade activa é um caracter ainda mais importante; a mão que sentiu, um dia, o tumor na fossa iliaca direita o encontra no dia seguinte na região sub-hepatica ou occupando transversalmente o epigastrio. E' mister pensar na invaginação em presença desses tumores muito moveis, que todos os dias parecem impor um novo diagnostico" (Brocq e Gueullette).

Quaes os caracteres do tumor? Quando bem observados, podem dar-lhe valor quasi pathognomonic. Se não ha invaginação ou se esta é pequena, é arredondado, ovoide ou piriforme; em invaginação extensa percebe-se um cylindro mais ou menos duro, situado verticalmente na metade direita ou esquerda do abdomen, ou transversalmente na altura do umbigo, acima ou abaixo delle. Esse tumor cylindrico, de comprimento variavel, apresenta uma superficie lobulada; encurvado ou dobrado em angulo recto quando localizado em um dos hypochondrios, sentindo-se perfeitamente uma das suas extremidades e sendo a outra mais difficilmente delimitavel. Apresenta á apalpação uma sensação de resistencia e, ao mesmo tempo que a dôr se intensifica muito, o tumor se intumesce ou endurece sob os dedos (signal de Cruveilhier); simultaneamente apresenta movimentos de reptação, com alternativas de augmento e diminuição de volume: verdadeiro "processo de erecção" (Rafinesque), devido á tonicidade



O lipoma, cortado, vê-se pela sua superfície externa.

1, capsula do tumor,

2, mucosa do ceco, ulcerada em alguns pontos.

3, tecido adiposo visível através de uma ruptura da mucosa.

da musculatura do intestino hypertrophiada ao nivel da invaginação, e de grande valor para o diagnostico.

A apalpação nos fornece ainda outro signal importante, na invaginação do tracto ileo-cecal; é o descripto por Dance e observado tambem por outros, da depressibilidade da fossa iliaca direita, da qual se ausentou o segmento invaginado.

A's vezes, em periodo adiantado da molestia, nota-se um pouco de ascite livre nos flancos.

Eis os principaes symptomas chronicos e signaes clinicos dos lipomas sub-mucosos e da invaginação consecutiva. A sua evolução pode durar desde dias até mêses ou annos. A obscuridade dos symptomas funcçionaes de longa duração e os dados muitas vezes negativos ou não caracteristicos de exame physico praticado em occasião desfavoravel tornam frequentemente impossivel o diagnostico acertado.

Conforme a séde das dôres, pensa-se em cholecystite, em appendicite, em typhlo-colite, etc. Quando se consegue apalpar o tumor, pensa-se em neoplasia maligna ou em tuberculose; por ser entidade rara, jamais occorre a idéa de tumor benigno e assim o diagnostico de lipoma jamais foi feito antes da operação.

O diagnostico entre invaginação e tumor maligno pode offerecer difficuldades; mas um exame physico cuidadoso auxiliado pela radiologia resolve a questão. Mais difficil é o diagnostico differencial com a tuberculose: a anamnese nada nos fornece de caracteristico e esta affecção pode apresentar os melhores signaes de invaginação (tumor cylindrico, ou em angulo recto em um dos hypochondrios, o signal de Cruveilhier, etc.) O signal de Dance, se presente, permitirá affirmar uma invaginação. Todavia em taes casos é á radiologia que cabe decidir: se mostra uma estenose extensa e pouco accentuada ou estenoses multiplas, trata-se, sem duvida, de tuberculose.

Finalmente, em quasi um terço dos casos da literatura, o lipoma se traduziu por crise de oclusão aguda que requereu intervenção de urgencia. Na grande maioria desses casos a oclusão foi o resultado de invaginação; em alguns (4 apenas) foi devida simplesmente ao tumor e ao espasmo. O embaraço apparece subitamente, ou succede a symptomas intestinaes chronicos. Nesta ultima hypothese temos a fórma de invaginação que alguns chamaram "sub-aguda" denominação impropria, devendo dizer-se "invaginação chronica com surto agudo" Foi precisamente este diagnostico que um de nós teve occasião de fazer, ha tempos, no serviço que dirige na Santa Casa, e que viu confirmado pela intervenção (ficha n.º 6376 — 1923); a causa da invaginação, do typo ceco-colico, era um fibro-myxoma.

E' fóra de duvida a existencia da fórma aguda da invaginação no adulto, produzida por tumor ou sem causa apparente (invaginação aguda primitiva). Não era este o conceito classico, que consistia em separar a fórma aguda da creança da fórma chronica do adulto,

distincção essa ainda recentemente sustentada (Lecène, Gernez); todavia observações publicadas mostram claramente a existencia tanto da fórmula chronica na creança como da fórmula aguda no adulto. E' esta que nos interessa.

O doente é accommettido repentinamente de dôr abdominal extremamente violenta, acompanhada de vomitos ou de dejeções sanguineas, realizando-se a chamada "equação de Ombredanne" para a invaginação na infancia: signaes de occlusão+ sangue pelo anus = invaginação intestinal. Em 24 ou 48 horas o paciente apresenta o *facies* peritoneal, pulso celere, temperatura baixa; ha abaulamento, tympanismo e dôr generalizada em todo o ventre; ás vezes zona de empastamento diffuso. Com este syndromo abdominal agudo, impõe-se a intervenção de urgencia, sem finuras de diagnostico. Pensa-se muitas vezes em appendicite aguda (e é com ella que a invaginação mais vezes tem sido confundida), em cholecystite aguda, em perfuração de ulcera gastrica ou duodenal, em estrangulamento interno, talvez mesmo em pancreatite hemorrhagica; e se se percebe tumor, em volvulo, em torsão de um kysto do ovario; só a intervenção revela a existencia do tumor ou invaginação intestinal.

RADIOLOGIA — Evidentemente o exame radiologico não poderá ser praticado no syndromo abdominal agudo; encontra, porém, sua maxima indicação nos casos chronicos, os mais frequentes. Quatro vezes, incluindo o nosso caso, foi feito o exame radiologico em lipomas intestinaes e só de uma feita (caso de Labey) revelou a existencia de obstaculo na luz intestinal.

Em invaginação, geralmente o exame só demonstra estenose. Em alguns casos, porém, forneceu imagem mais caracteristica: parada da columna opaca segundo uma linha convexa correspondente á cabeça da invaginação, outras vezes um filete opaco correspondente á luz muito estreitada do segmento invaginado, a ausencia apparente ou mui pequeno comprimento de um segmento intestinal (Gueullette).

TRATAMENTO — E' sempre cirurgico, quer se trate de simples lipoma quer complicado de invaginação. A expulsão do tumor ou do segmento invaginado e a desinvaginação espontanea são occorrencias mui raras e ninguem esperará por ellas. A insuflação e a injeção de liquido, sob pressão, pelo recto, preconizadas por alguns, são processos perigosos e actualmente abandonados.

O caso mais simples é o de lipoma do recto, facilmente retirado por via natural: enucleação sub-mucosa ou secção com o thermo-cauterio, precedida pela ligadura do pediculo.

Nas outras eventualidades recorre-se á via alta. Da localização do tumor depende a incisão; mas quando apenas se diagnostica o embaraço, prefere-se geralmente a celiotomia mediana.

Encontrando-se um tumor pequeno, sem invaginação, pratica-se uma enterotomia, seguida de ligadura do pediculo e secção ou de enucleação sub-mucosa; quando o tumor é sessil e volumoso, resecção in-

testinal, ou ablação do tumor com sua base de implantação se elle está situado no intestino grosso.

Se existe invaginação, examiná-la e verificar a séde; se em um dos colons fixos, o que é raro, descollar essa porção do intestino da parede abdominal posterior; se houver adherencias que impeçam a desinvaginação, rompê-las com cuidado, exercendo em seguida pressão lenta e delicada para fazer regredir o segmento invaginado. Muitas vezes conseguimos realizar esse intento, o que foi possível em 25 % dos 120 casos da estatística de Gueullette. Feita a desinvaginação, se ha tumor proceder á sua extirpação. Se a invaginação não tem causa apparente, apenas fixar o segmento do colon descollado da parede posterior. Mais frequentemente o colon se mostra movel, com um meso longo que se descollou da parede posterior; nesse caso a sua fixação não dá resultado apreciavel, convindo então praticar uma resecção intestinal, desde que o estado do doente o permita.

Muitas vezes a invaginação não pode ser desfeita, devido ao obstaculo mechanico creado pelo tumor que a causou, ou a um inicio de estrangulamento ou esphacelo mais ou menos adiantado. Na primeira hypothese podemos praticar a extirpação do neoplasma pela enterotomia e depois a desinvaginação: technica pouco aconselhavel porque deixa aberta uma alça septica. Em summa, é sempre preferivel a resecção intestinal, seguida de anastomose termino-terminal ou termino-lateral, processo já muitas vezes adoptado, com pleno exito, dependendo, entretanto, das boas condições do doente. Nos doentes depauperados, exgottados por doença chronica de longa duração, ou naquelles que o mal, por seu caracter superagudo, levou a um estado gravissimo, com ventre abaulado, pulso filiforme, resfriamento das extremidades, não devemos arriscar uma intervenção séria como a resecção intestinal. Aqui, recorrer a um anus artificial e mais tarde fazer a resecção, ou exteriorizar as lesões e posteriormente reseccar a alça necrosada.

Em vez de praticar a resecção de todo o segmento intestinal que contem a invaginação, Barker e outros cirurgiões aconselham incisar a bainha e em seguida reseccar sómente a porção invaginada (o *boudin*); e defendem este processo dizendo que produz menor choque. Outros rejeitam-n-o porque exporia mais facilmente á infecção; de facto, registraram-se dois casos de peritonite em doentes assim tratados, ao passo que os operados de resecção completa morrem ás vezes pelo estado de extremo depauperamento em que se acham, ou por complicação a distancia (p. ex. broncho-pneumonia), mas não succumbem de peritonite.

BIBLIOGRAPHIA

Dados bibliographicos mais completos se encontram nos artigos de Stetten, King, Vaccari, Derocque e principalmente na these de Gueullette. Aqui citamos somente os trabalhos que consultámos e nos forneceram elementos para o presente artigo.

- ABADIE — Invag. iléo-cœcale par péricolite membraneuse — Arch. des Mal. de l'app. digestif, 1922.
- BALGARNIE — Two cases of intestinal tumour: operation; recovery — The Brit. med. Journal, n.º 3121, 1920.
- BENJAMIN — An accessory pancreas with intussusception — Ann. of Surgery, LXVII, 1918.
- BAPTISTA, V. — Invaginação intestinal — Brasil Medico, Set. 1926.
- BORST — Trattato di Anatomia Patologica del Aschoff, trad. ital., vol. I.
- BOTREAU-ROUSSEL — Invagination iléo-iléale de l'adulte produite par un fibro-léio-myome sous-muqueux. Résection intestinale et anastomose termino-terminale. Guérison. — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, le 2 Juillet 1927
- BROCQ et GUEULLETTE — L'invagination intestinale de l'adulte. Formes cliniques et étude radiologique — Journal de Chirurgie, XXIII, 1926.
- BROCQ et HERTZ — Révue de Chirurgie, n.º 6, 1921.
- CARLUCCI — Polypoid lipoma of the intestinal tract — Ann. of Surgery, LXXIV, 1921.
- CAMBOURS — Un cas d'invagination intestinale avec élimination spontanée d'un boudin mesurant 83 cm. de long — Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, 1906.
- COLLINSON — A case of enteric intussusception with Henoch's purpura — The Lancet, 1910.
- CZEPA — Die Invaginatio Ileocæcalis im Röntgenbilde — Wiener Klin. Wochenschrift, 1922.
- LE DENTU et DELBET — Nouveau Traité de Chirurgie, XXXVII (Affections chirurgicales du gros intestin, par E. Mériel).
- DEROCQUE, P. et A. — Les lipomes sous-muqueux de l'intestin — Journal de Chirurgie, 1924.
- EHRlich — Zur Kasuistik der Intestinallipome — Beitr. zur Klin. Chir., LXXI, 1910.
- FABRE — Invagination intestinale par diverticule de Meckel — Rapp. de Savariaud — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, 1920.

- FALCONER — A case of intussusception, illustrating the fallacies and dangers of the "inflation" treatment — *The Lancet*, 1906.
- FARR — Bowel inflation for intussusception — *Ann. of Surg.*, LXXXIII, 1926.
- FITZWILLIAMS — The pathology and etiology of intussusception from the study of 1000 cases — *The Lancet*, 1908.
- FROMMER — Ein Fall chronischer Invagination kompliziert durch eitrige Wurmafortsatzentzündung — *Wiener Klin. Woch.*, 1922.
- GERNEZ — Traitement de l'invagination intestinale — Thèse de Paris, 1906.
- GUEULLETTE — Thèse de Paris, 1925.
- GUTIERREZ — Dos casos de invagination intestinal en adultos — *Bol. y trab. Soc. de Cir. de Buenos-Aires*, IX, 1925.
- HEINONEN — A case of intestinal intussusception by submucous lipoma; study of mechanism of intestinal intussusception — *Finska läk-sällsk handl.*, 68, 1926.
- HEURTAUX — Note sur les tumeurs bénignes de l'intestin — *Arch. prov. de Chir.*, 1899 et 1900.
- KAREWSKI — *Deutsch. Med. Wochensch.*, 1921.
- KENNEDY — Ileal intussusception following severe trauma — *The Lancet*, 1920.
- KING — Benign tumours of intestines with special reference to fibroma — *Surg., Gynec. and Obst.*, XXV, 1917.
- LABEY — Lipome sous-muqueux du gros intestin — *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1920.
- LAVESON — Studien über die sogenannte invaginatio ileocæcalis — *Acta Chirurgica Scandinavica*, 1926.
- LERICHE — Lésions des plexus d'Auerbach e de Meissner, dans un cas d'invagination iléo-cæcale. Rôle du sympathique dans le mécanisme de l'invagination — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1918.
- LERICHE et CAVAILLON — Des conditions anatomiques nécessaires à la production de l'invag. intest. — *Sémaine Méd.*, 1907.
- MÉRIEL — V. Le Dentu et Delbet.
- MOORE — Lipomata of the sigmoid — *Surg., Gyn. and Obst.*, XL, 1925.
- MOORLE — Intermittent intussusception — *Méd., J. of Australia*, 1918.
- MOORO — Acute intussusception in an adult during a fast — *The Brit. Med. Journal*, 1924.
- MITCHELL — Traumatic intussusception — *The Brit. Med. Journal*, 1925.

- NASH — Submucous lipoma of cæcum — The Brit. Med. Journal, 1924.
- OELBERG — Acta Chirurgica Scandinavica, 1920.
- OWEN — Remarks on the diagnosis and treatment of chronic intussusception — The Brit. Med. Journal, 1924.
- PERDOUX — Invagination intestinale aiguë chez l'adulte — Bull. et Mém. Soc. Chir., le 2 Juillet 1927.
- PERRIN — Invagination intestinale sous-aiguë. Polypes multiples du cæcum — Lyon Chir., 1925.
- PROPPING — Mitteil. an der Grenzgebiete, 1910.
- QUÉNU — Invagination à répétition du grêle. Absence congénitale de la moitié droite du gros intestin — Bull. et Mém. Soc. Chir. 1916.
- RAFINESQUE — L'invagination intestinale — Thèse de Paris, 1878.
- RUBEN — A case of subserous lipoma of the colon transversum incarcerated in the sac of an umbilical hernia — Acta Chirurgica Scandinavica, 1921, LIII.
- SACCONAGHI — Diagnostic des tumeurs abdominales — trad. française.
- STAEMMLER — Die Neubildungen des Darmes — Neue Deutsche Chirurgie, Stuttgart, 1924, bd. 33 a.
- SULLIVAN — Intussusception in adults — Boston M. & S. Journ., 1924.
- STEPHENS — Acute intussusception without pain — report of the case — Journ. Amer. Med. Assoc. LXXXVIII, 1927.
- TANASESCU — Six cas d'invagination intestinale. Discussion par Leçène, Cadenat, Gernez et Okinczyc. — Bull. et Mém. Soc. Chir., le 2 Juillet 1927.
- WHARTON — Intussusception caused by a lipoma of the descending colon. Acute intestinal obstruction; resection of the colon. — Ann. of Surgery, LIV. 1911.
- WENDEL — Über Geschwülste des Dünndarmes — Münch med. Wochenschrift, 1925.

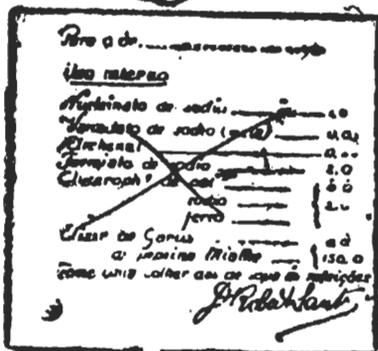
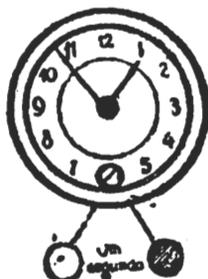
O LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

prepara sob o nome de

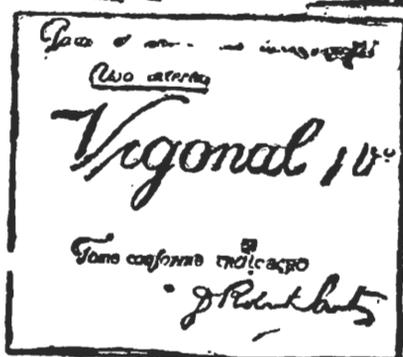
RADIOVITAMINA

OLEO DE COCO IRRADIADO, COM EXTRACTO DE MALTE

V. S. já pensou no valor do seu tempo?



V. S. levará 5 minutos
para formular esta receita.



Em um segundo V. S.
obterá o mesmo resultado.

REFLECTA SENHOR DOUTOR

O tempo é dinheiro principalmente para o Medico. Porque V. S. ha de perder o seu precioso tempo em formular, quando com uma só palavra, poderá proporcionar ao seu doente um fortificante, cuja formula merece a sua inteira approvação? Recitando "VIGONAL" ao seu Cliente elle tomará um remedio manipulado escrupulosamente com drogas de absoluta pureza chimica. Não se esqueça do nome "VIGONAL". Recite hoje mesmo ao primeiro doente que apparecer em seu consultorio e que esteja necessitado de um reconstituente energico. V. S. não se arrependerá e ficará plenamente convencido do que acabamos de expôr.

O Doutor tem á sua inteira disposiçáo as amostras gratis que desejar para experimentaçáo.

Gli aspetti più importanti del problema del sistema motorio extrapiramidale

Resumo da conferencia do prof. G. Mingazzini na Sociedade Arnaldo Vieira de Carvalho, feito pelo autor para a "Revista de Medicina"

PRIMA di parlare di questo spinoso argomento, la cui discussione, iniziata appena cinque lustri or sono, ha già affaticato le menti dei più illustri neuropatologi del mondo, è necessario premettere una definizione precisa.

Per Sistema Motorio Extrapiramidale si intende un complesso di formazioni anatomiche, le quali inviano, in parte al midollo allungato e in parte alle corna anteriori del midollo spinale, un sistema di fibre, che rinforzano la dinamica esplicantesi dai neuroni della via piramidale.

Le formazioni costitutive di questo sistema non sono ancora del tutto bene accertate, specialmente per quanto concerne il loro decorso e, soprattutto, la loro esatta terminazione.

Si può ad ogni modo asserire che il principale contingente è rappresentato dal nucleo lenticolare, e più propriamente dal *globus pallidus*, e dall'associazione di due gangli, il *caudatus* e il *putamen*, conosciuti sotto il nome complessivo di *striatum*.

Un altro ganglio che, specialmente negli animali, concorre a rinforzare il sistema, è il *nucleo rosso*, il quale emette un fascio, il *fasciculus rubro-spinalis*, che decorre al dinanzi del fascio piramidale crociato.

Pari per importanza ai due precedenti, come componente del sistema extapiramidale, è il nucleo di Deiters, destinato alle funzioni vestibolari, i cui rami discendenti vanno a disporsi nel midollo spinale, lungo il margine ventrale del cordone anteriore.

Infine va ricordata la *substantia nigra*, la quale nell'uomo assume un'importanza assai maggiore che negli altri mammiferi supe-

riori. Dalle sue cellule infatti emanano cilindrassili che si accollano, almeno in parte, al fascio piramidale del *pes pedunculi*.

Incerti sono i contributi che alcuni assegnano anche al corpo subtalamico e perfino ai gangli del *tuber cinereum*.

Mi limiterò a parlare del più importante dei gangli, cioè del sistema strio-pallidale, essendo a questo proposito le nostre conoscenze abbastanza esatte.

La fisiologia ha cercato per lungo tempo di studiare gli effetti consecutivi all'irritazione o alla distruzione del lenticolare, ma inutilmente; la posizione di questo ganglio è infatti tale, che non è possibile aggredirlo sia dall'alto che dai lati, senza ledere contemporaneamente giri o solchi dotati di funzioni essenziali.

Tutte le nostre conoscenze sulla fisiologia di questo ganglio sono dovute alle alterazioni che frequentemente lo colpiscono. E poichè nell'ultimo settennio l'umanità ha avuto la sventura di essere inondata da una fatale malattia, quale l'encefalite epidemica, che predilige il lenticolare, si comprende come gli anatomopatologi e i cultori di neurologia abbiano trovato larga messe per i relativi loro studi.

Ma non solo l'anatomia patologica, ma anche l'embriologia, e propriamente lo studio della mielinizzazione dei due segmenti del lenticolare, ci hanno dato risultati abbastanza soddisfacenti.

Senza entrare in minuzie istologiche, dirò come le lesioni del *pallidus* producano una sindrome totalmente diversa da quella dello *striatum*. Nelle prime si svolge un complesso sintomatico, caratteristico della sindrome di Parkinson, costituito da un aumento notevole del tono, associato a lentezza dei movimenti, tanto da giungere talvolta a una vera e propria acinesia. Nelle lesioni dello *striatum* si osserva invece l'insorgere di una molteplicità di movimenti, a carattere quasi automatico, con carattere ad es. di difesa, di aggressione, di prensione e così via. Oltre a ciò in antitesi a quanto si osserva nelle lesioni del *pallidus* l'esame dei movimenti passivi rivela una spiccata ipotonia. Un paradigma di questo quadro clinico si ha nella *chorea*.

La conclusione che logicamente si è tratta da tali osservazioni si è che il *pallidus* è la sede dei movimenti automatici polimorfi ereditari, quali noi vediamo nel neonato; lo *striatum* invece ha l'ufficio di correggere e di coordinare i movimenti stessi, e di aggiungere quella funzione tònica della quale il bambino è completamente privo.

Hanno dunque ragione gli embriologi, quando danno il nome di *paleostriatum* al *pallidus*, e di *neostriatum* al *putamen* e al *caudatus*.

E' questa la ragione per la quale la mielinizzazione del *pallidus* comincia nei primi mesi della vita extrauterina, mentre quella del *putamen* si svolge assai più tardi, quando il bambino comincia a disciplinare i suoi scomposti movimenti.

Quali siano le vie per mezzo delle quali *neo* e *paleostriatum* inviano i loro impulsi ai fasci piramidali volontari, è problema tutt'altro che risolto. Gli schemi che alcuni autori di grande fama, come Wilson e altri, hanno proposto, sono, se non arbitrari, almeno incerti.

Io che mi sono occupato a lungo, con ricerche originali e personali, di questo argomento, credo di poter affermare con sicurezza che i fasci provenienti dal lenticolare si accollano alla via piramidale all'altezza della capsula interna.

Certamente molte e importantissime questioni sul problema del sistema motorio extrapiramidale rimangono per ora insolute, e molti anni occorreranno prima che sull'argomento estremamente complesso si possa fare un po' più di luce.

Laboratoire des Produits "Usines du Rhone"

21, RUE JEAN GOUJON - PARIS

ACÉTYLARSAN

(OXYACETYLAMINA PHENYLARSINATO DE DIETHYLAMINA)

TRATAMENTO DA SYPHILIS

- | | |
|--|---|
| 1.º ACTIVIDADE IGUAL A
DOS ARSENO-BENZÓES | 3.º RAPIDEZ DE ACÇÃO |
| 2.º TOLERANCIA PERFEITA | 4.º FACILIDADE DE EMPREGO
POR INJECCÕES INTRAMUS-
CULARES INDOLARES |

Amostras e litteratura aos Medicos mediante pedidos
AOS CONCESSIONARIOS ESCLUSIVOS

Companhja Chimica Rhodia Brasileira

CAIXA POSTAL 1329

S. PAULO

Noções de psychopathologia forense

Da imputabilidade criminal -- Da capacidade civil dos alienados

Aula proferida para os doutorandos da Faculdade de Medicina pelo dr. Pacheco e Silva, director do Hospital de Juquery.

NENHUM dentre os ramos da medicina offerece ao espirito humano margem para cogitações tão diversas e empolgantes como a Psychiatria. Estudar os desvios da mente doentia é o melhor caminho para quem se dispõe a conhecer a mente sã.

Pela physiopathologia é que se tem chegado ás grandes conclusões em medicina; assim, só pelo estudo aprofundado das desordens mentaes se poderá bem conhecer e interpretar as funcções do cerebro normal.

Sem embargo, são ainda relativamente diminutos os nossos conhecimentos inherentes á physiopathologia do mais nobre dos orgams do corpo humano, que nos eleva e nos conduz fóra do materialismo acabrunhante e nos proporciona o gozo supremo do cultivo espiritual.

Dir-se-ia que o cerebro humano, que desvendou quasi todos os mysterios da natureza, guarda cioso o mysterio de si mesmo.

Mas, si as noções de que dispomos são ainda insufficientes para interpretar o mecanismo intimo das funcções cerebraes, os nossos conhecimentos já nos permitem analysar os actos praticados por um individuo normal e os commettidos por um psychopatha.

Para tanto cumpre, porém, que o medico disponha de alguns conhecimentos da pathologia mental, porque só assim poderá estabelecer juizo preciso e prestar seguro concurso á justiça.

A psychiatria deve ser encarada não como uma sciencia abstracta e, nos dias que correm, já não é mais licito ao medico exercer o seu officio sem dispôr de noções desse importante ramo da medicina, que abrange não só o estudo dos grandes syndromos mentaes, mas tambem o de todas as reacções, tendencias, impulsos e paixões a que todo homem está mais ou menos sujeito em determinadas épocas da vida, conforme a sua constituição.

A psiquiatria, encarada sob o ponto de vista judiciario, constitue a psychopathologia forense.

E' difficil, muitas vezes, estabelecer-se o limite entre o homem mentalmente são e o louco. Já um velho sophisma grego dizia não existirem loucos como não ha homens calvos, por isso que se não póde precisar qual o numero exacto de cabellos a partir de quando um homem deixa de ser calvo.

Avaliae por ahi, Senhores, quanto é difficil, muitas vezes, discernir pelos actos praticados, si se trata de um individuo sem imputabilidade ou de um responsavel.

Isso ocorre, é bem de ver, não quando as desordens mentaes são patentes, que ao proprio leigo salta aos olhos, mas sim nos casos dubios, quando se têm em vista individuos postados na zona limítrophe entre a razão e a loucura, larga faixa de terreno movediço, que sofre as oscillações das doutrinas mais em voga.

Dahi a grande responsabilidade que pesa sobre o medico, quando chamado a prestar serviços á Justiça. Si por um lado fazer recahir pena sobre um individuo sem responsabilidade, constitue acto indesculpavel, não menos censuravel seria contribuir para a absolvição de um criminoso pela dirimente da loucura, quando ha imputação.

Outras vezes, é o medico convidado a dizer si determinado individuo tem ou não molestia que o incapacite de administrar os seus bens e gerir a sua pessoa. Novo dilemma, que põe a consciencia do medico probo em sobresalto: — si conclue pela affirmativa, quando o examinando é um doente que irá malbaratar os seus bens, deixando a familia na miseria, incorrerá em grave erro, que redundará em prejuizo de consequencias funestas.

Si, pelo contrario, julgar incapaz um individuo em condições de gerir a sua pessoa e bens, irá cercear um dos mais sagrados direitos do homem, como é o de dispôr da sua vida como melhor lhe apraz, quando no gozo de suas faculdades psychicas.

Vêde, pois, que a vossa missão, sobre ser difficil, envolve ainda grande responsabilidade, pelo que deveis vos preparar para della bem vos desobrigar.

Convem assignalar desde já a importancia que se deverá dar tambem ao meio social, em que vive o examinando, porque, como diz o professor Franco da Rocha "um acto que é uma loucura no Brasil não o é na China"

E' tambem de importancia considerar-se o meio em que se desenvolveu o individuo submettido a exame. Um homem creado em meio rustico poderá ter superstições e credulidades communs no seu meio, mas as mesmas manifestações num individuo culto poderão ser indício de loucura.

Em psiquiatria forense ha, pois, a se considerar não só a conducta individual, mas sobretudo as suas relações com o meio social.

Essas questões tendem a se complicar cada vez mais, assim é que nunca os problemas relativos á alienação mental e a responsabilidade

exigiram tanta ponderação como nos dias que correm. Ao lado dos grandes progressos realizados pelas descobertas scientificas e da facilidade dos meios de communicação que trouxeram profundas modificações no meio social, a grande guerra fez surgir problemas inherentes ás formas da propriedade e novas doutrinas que ameaçam fazer ruir organizações seculares, que pareciam definitivamente estabelecidas.

Já que fallamos em responsabilidade, é nosso dever precisar bem a accepção desse vocabulo em medicina-legal.

No sentido geral, diz-se que é responsavel por um acto o individuo que tem delle exacta consciencia e está, por conseguinte, em condições de sujeitar-se ás consequencias decorrentes desse mesmo acto.

Entretanto, a autoridade perante a qual esse individuo, deverá prestar contas, varia conforme a pessoa que emprega o vocabulo, isto é, conforme si se trata de um theologo, philosopho ou jurista.

Essas questões de responsabilidade moral, juridica ou social, não devem ser trazidas á tela da discussão, quando se têm em vista problemas inherentes á responsabilidade medico-legal.

Vejam, entretanto, em que consistem as doutrinas do livre arbitrio e do determinismo psychico, que tantas discussões suscitaram no mundo scientifico.

De accordo com a velha escola, o homem seria inteiramente livre de optar, nas menores acções, por uma das diversas solicitações que o assaltam no momento de praticar determinado acto. Era a theoria do livre arbitrio a da responsabilidade absoluta de todos os actos praticados. Contra essa theoria se oppuzeram, no fim do seculo passado, medicos e juristas eminentes, que lançaram as bases de uma doutrina inteiramente opposta — a do determinismo psychico.

De accordo com esta ultima doutrina, o homem estaria subordinado em todos os actos da vida a condições anteriores, exactamente como os phenomenos do mundo physico, onde predomina o principio do determinismo scientifico.

Foi Lombroso o creador do determinismo psychico, doutrina que teve grande voga não só na Italia, onde nasceu, como em todos os paizes do mundo. Na patria de Lombroso, patrocinaaram a nova doutrina, tambem chamada da nova escola, Ferri, Garofalo, Marro, Puglia e Fioretti. Na França, foram ardorosos defensores das idéas do psychiatra italiano, Laccasagne, Brouardel, Bertillon; na Austria, Benedikt; na Inglaterra, Bruce e Maudsley; em Portugal, Julio de Mattos; entre nós, Vieira de Araujo, Nina Rodrigues, Viveiros de Castro e tantos outros.

A nova orientação, inteiramente diversa dos principios até então reinantes, trouxe, como era de se prevêr, o conceito da irresponsabilidade dos criminosos, provocando grande revolução em material penal.

A maneira exclusivista com que se conduziram certos adeptos apaixonados da doutrina de Lombroso, concluindo sempre pela irres-

ponsabilidade dos criminosos, provocou uma reacção nos centros scientificos, dando lugar á formação de uma nova escola, conhecida por escola critica ou "*terza scuola*", ou "*eclectica*", a qual considera "o criminoso como o producto de condições sociaes defeituosas", accrescentando que "cada sociedade tem os criminosos que merece"

Feitas essas considerações, julgadas indispensaveis pelo interesse que despertaram no mundo scientifico as doutrinas acima enunciadas, vejamos agora qual a orientação seguida hoje, pela grande maioria dos medicos-legistas, os quaes desprezam doutrinas dogmaticas para se cingirem ás questões de medicina pratica.

Observar o doente, estabelecer o diagnostico, responder aos quesitos apresentados, sem entrar em considerações metaphysicas, eis o dever do medico.

Costumamos obedecer, em relação ao exame psychiatrico, a umas tantas regras aconselhadas pelo nosso mestre — Franco da Rocha.

Eil-as:

I. — Não se deve desprezar minudencia alguma na investigação, porque qualquer factó, ás vezes insignificante na apparencia, impõe mais acurado exame numa certa direcção — cousa de que vae depender o esclarecimento de outros phenomenos até então enigmaticos.

II. — Si não se chega a um resultado positivo e bem baseado, disso se deve, sem o menor constrangimento, fazer uma declaração, afim de que se prolongue o prazo do exame ou se faça a transferencia do paciente para lugar mais conveniente ao exame.

III. — Nunca, em caso algum, se dará parecer sobre o estado de quem quer que seja sem o ter pessoalmente examinado. Só ha uma hypothese em que tal factó é admittido: — quando já houver diversos relatorios bem elaborados por medicos, relatorios sobre os quaes se pede parecer, por ter sido impossivel conseguir a presença do paciente, ou porque o paciente já seja morto. Mesmo assim é preciso declarar em bons termos: — "Em vista das informações que temos", ou ainda "Si são verdadeiras estas informações", ou então. . "Pelo que se póde concluir desses dados. "

Taes casos dar-se-ão em questões civis.

IV. — Os relatorios periciaes têm por objectivo a verificação da existencia ou não existencia da molestia; nada têm com explicações theoricas que interpretem deste ou daquelle modo os phenomenos morbidos. Não se deve recorrer a theorias ainda vacillantes para justificativa de affirmações.

V. — Não devem as conclusões do relatorio ser confusas, cheias de phrases ambiguas ou de palavras de lingua estrangeira. Quando a conclusão exigir uma clausula, deve ella ser expressa com franqueza.

Vejam os agora, orientados pelos preceitos que acabamos de enumerar, como se deverá proceder a um exame mental:

O perito procurará reunir todos os elementos necessários para poder formar juízo exacto. Assim, não deverá desprezar nenhuma fonte de informações de que tiver conhecimento — parentes, amigos e companheiros de serviço do observando. Deverá, outrossim, consultar quaesquer documentos que possam interessar ao exame.

Em seguida, procederá ao interrogatorio do paciente. Não ha regras especiaes para se proceder ao interrogatorio, que deverá ser feito com muito cuidado e tacto, buscando o medico orientar o paciente nas questões que maior interesse possam offerecer.

Emquanto interroga o observando, o medico não deverá perdê-lo de vista e deverá observar attentamente a mimica, o tonus emotivo etc. Muitas vezes, um gesto, uma attitude discordante, traz o fio da meada de um caso difficil.

Em pathologia mental, cumpre investigar os antecedentes hereditarios com maior cuidado, tendo sempre em vista a importancia que a hereditariedade desempenha na eclosão das molestias mentaes.

Com igual cuidado será feita a perquisição dos antecedentes pessoais, sobretudo com relação ao alcoolismo, á syphilis e ás molestias infecciosas contrahidas na primeira infancia.

O exame somatico será feito com todas as minucias, sobretudo a parte referente ao systema nervoso, que em nada se afasta do exame que se costuma fazer na pratica neurologicala.

Ha tambem interesse em se tomar as medidas anthropometricas.

Os exames complementares — reacção de Wassermann no sangue e o exame completo do *liquor*, são hoje indispensaveis. Vezes ha em que o exame radiographico se torna indispensavel.

Ha pouco tempo ainda, deu-se um caso em que o exame radiologico trouxe prova de incontestavel valor: — O advogado de Meneghetti, o celebre Meneghetti que todos vós conheceis, allegou que o mesmo era irresponsavel pelos crimes praticados, porque em creança déra uma queda e fracturára o craneo, tendo soffrido depois uma intervenção cirurgica que consistiu na applicação de uma placa de metal ligando os bordos da fractura. Dahi, apresentar o criminoso disturbios mentaes, que coincidiriam com a maior ou menor dilatação da dita placa, sujeita que estava ás variações atmosfericas.

O exame directo e clinico não revelou a existencia de placa alguma, entretanto, para desfazer qualquer duvida, foi solicitada uma radiographia, que demonstrou a inexistencia de corpos extranhos no craneo do observando. Baseados nessa prova irrefutavel, os peritos destruíram facilmente a allegação infundada do advogado, que outro fim não tinha em vista senão a absolvição do seu constituinte.

Vejam os, finalmente, o exame psychico:

O perito procurará avaliar o grau de cultura do observando e, á medida que conduz o interrogatorio, irá ajuizando qual a attenção, comprehensão e associação de idéas do paciente, prolongando o inter-

rogatorio, voltando ás mesmas perguntas quando suspeitar contradicções ou confusão de idéas. Para isso não deverá dispensar o exame dos escriptos, tanto na forma graphica como no conteúdo.

Quanto á memoria, cumpre distinguir quando houver lacunas, si isso se verifica em relação aos factos antigos ou recentes.

E' tambem de grande importancia aquilatar-se si o paciente está bem orientado. A noção do meio, lugar e tempo é de facil verificação.

O estudo das desordens perceptivas deverá ser feito com o maior cuidado.

Illusões, allucinações ou qualquer outra perturbação sensorial, deverão ser registradas com minucias, assim como as idéas delirantes exteriorizadas pelo paciente. Antes de completar o exame, deve-se á indagar do estado de humor predominante, dos sentimentos ethicos, da capacidade de trabalho.

Vamos, a titulo de exemplo, ler um parecer medico-legal bem feito:

EXAME DO ESTADO MENTAL DE G. L.

G. L., italiano, branco, de 45 annos de idade, solteiro, natural de Palermo, recolhido ao Hospicio, para observação, em 27 de Novembro de 1907.

Historico — Foi processado por crime de ferimentos em 1900; novamente, por identico motivo, em 1902; por ébrio e desordeiro em 1904; por crime de ferimentos em 1904; por vagabundagem em 1905; por quebra de termo em 1905; e, finalmente, por crime de homicidio, praticado dentro da Cadeia Publica, em 1906; ao todo sete processos e oito prisões verificadas.

Os informes que do proprio paciente poderíamos obter sobre seus antecedentes de familia não mereceriam muita fé, excepto alguns factos que, por elle ingenuamente denunciados, têm toda a apparencia de verdade. Diz, por exemplo, que seus paes faziam uso continuo de bebidas alcoolicas ás refeições, mas que se não embriagavam. Não sabe si elles soffrem de molestia nervosa. Diz, entretanto, que seu pae é um homem irascivel, se enfurece por motivos futeis, embora nunca tenha feito mal a quem quer que seja.

O paciente entregava-se outróra ao vicio do onanismo e, informa ainda, quando abusava da masturbação, tinha uma especie de ataque e chegava a cahir sem sentidos. Esta informação é de grande valor e nos traz muita luz sobre o seu procedimento nestes ultimos tempos.

Diz ter tido febres na Italia, mas não sabe de que especie eram taes febres.

Abusava o paciente das bebidas fortemente alcoolicas, para as quaes tinha avidéz quando trabalhava em serviço de padaria. Esse facto é bem verdadeiro, porquanto o paciente tem sido preso por ébrio e desordeiro.

Exame somatico: — Os factos que impressionam pelo exame physico do paciente são os seguintes: asymetria das orelhas; implantação viciosa dos dentes e dentes supranumerarios; abobada palatina disforme; tremores fibrillares na lingua; reflexos exaggerados; um certo grau de anesthesia em diversos segmentos dos membros e diversas cicatrizes de antigos ferimentos que se lhe notam no couro cabelludo.

Além disso, soffre de insomnia.

As medidas anthropometricas nos dão o seguinte resultado:

Altura		1,m 55
Grande envergadura		1,m 58
Diametros da cabeça	{ ant-posterior	0, 19
	{ bizygomatica	0, 14
	{ transversa	0, 15
Curvas	{ ant-posterior	0, 315
	{ bi-auricular	0, 29
	{ circumferencia	0, 565

Essas medidas não revelam nenhum facto anormal.

Exame psychico: — Nada podemos saber ao certo em relação ao seu desenvolvimento mental no correr dos primeiros vinte annos de existencia. Muitos factos dessa phase de sua vida, que teriam para o nosso exame não pequena importancia, são quasi inteiramente ignorados.

Recorremos ao exame dos documentos que instruem os sete processos e ahi encontramos elementos que já nos permitem formar juizo sobre o paciente.

G. L. é um homem sem instrucção, boçal, quasi analphabeto. De temperamento violento, se enfurece pelo motivo mais futil e investe com raiva epileptoide contra a pessoa que o desagrada. A faca é seu instrumento predilecto; com facadas responde elle a quem por acaso lhe faz uma carêta. Certa occasião, na casa de uma senhora que o protegia, vendo L. que a senhora estava zangada e discutia azedamente com alguem, approximou-se della com esta phrase: — "*Senhora, quer que mate o homem?*" Phrase essa que por si só caracteriza a mais arrematada imbecilidade moral. Seu defeito de character, isto é, a insensibilidade moral, não lhe permite ver as cousas com reflexão além de um raio muito curto ao redor do seu EU selvagem e brutal. Conhece as palavras justiça, socialismo, direitos do homem e outras semelhantes, mas não lhes conhece a significação; são palavras ôcas que lhe não evocam sentimentos ethicos correspondentes. Comprehende elle vagamente o sentido de taes palavras, mas sómente em referencia á sua pessoa; não em relação ao proximo.

Isso se depreheende claramente de sua conversação. Tirar a vida a alguém parece-lhe cousa mui simples e logica, desde que essa pessoa o incommode. E' isso que elle chama *direito!* Injustiça, na sua opinião, é condemnal-o por esse facto. Apesar de todos os delictos commettidos, julga L. que ninguem tem mais direito do que elle á liberdade.

Eis ahi, em poucas palavras, o homem que nos foi entregue para ser examinado.

Num parecer medico-legal não é opportuno enterreirar e discutir doutrinas de criminalogia, nem procurar discernir a parte que cabe ao meio social como factor da criminalidade, embora seja verdade que o meio social tem sua influencia no determinismo do crime. O outro factor, porém, o factor individual, é o elemento mais importante na producção da criminalidade. O individuo que nasceu com o cerebro tarado, o degenerado, que manifesta claramente todos os signaes da imbecilidade moral, aggravada ao demais pelo abuso do alcool, deve ser sequestrado da sociedade, que tem nelle um inimigo e uma continua ameaça. A sociedade tem o direito de tornal-o inoffensivo, com a condição de o tratar humanamente.

Conclusão: — Os estigmas somaticos e psychicos que encontramos em G. L., tomados isoladamente, seriam ridicula prova de degeneração; o conjuncto, porém, é por demais significativo e revela a loucura moral de modo a não deixar duvidas.

G. L. é, a nosso ver, um degenerado — um caso de *moral insanity* dos psychiatras inglezes, de loucura moral — um criminoso nato de Lombroso e seus discipulos. E' um homem perigosissimo, que deve ser mantido em condições de nunca poder praticar o mal.

E' o nosso parecer, que assignamos.

Hospicio de Juquery, 9 de Dezembro de 1907.

(a.) DR. F. R.

(a.) DR. A. V. M.

CAPACIDADE DE IMPUTAÇÃO SOB O PUNTO DE VISTA PRATICO

DISPOSIÇÕES LEGAES

Diz o artigo 27 do nosso Codigo Penal: — Não são criminosos:

Paragr. 3.º — Os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação.

Paragr. 4.º — Os que se acharem em estado de completa perturbação de sentidos e intelligencia, no acto de commetter o crime.

Artigo 29.º — Os individuos isentos de culpabilidade, em resultado de affecção mental, serão entregues a suas familias, ou recolhi-

dos a hospitaes de alienados, si o seu estado mental assim o exigir para a segurança do publico.

Não cabe nesta pequena palestra discutir questões referentes ao Codigo Penal. Não é possível, entretanto, deixar de lembrar a impropriedade dos termos "imbecilidade nativa" e "enfraquecimento senil" para designar os individuos isentos de culpabilidade, por isso que essas expressões não abrangem todos os individuos irresponsaveis.

Infeliz tambem foi a expressão — "perturbação dos sentidos e intelligencia" — que tantas interpretações falsas e tantos prejuizos nos tem causado.

Assim, a cada passo, o jury absolve criminosos, invocando essa dirimente, considerando como capaz de provocar a privação de sentidos e de intelligencia, choques emotivos e estados passionaes que, em absoluto, não tiram ao homem a consciencia dos actos praticados.

O artigo 29, por sua vez, determina que o individuo isento de culpabilidade por affecção mental, seja entregue á familia, ou recolhido a hospitaes de alienados, si seu estado mental assim o exigir.

Não ha, como assignala o prof. Franco da Rocha, uma determinação firme, resoluta, de tornar inocuo esse individuo. Em geral vae, em taes casos, o criminoso para o hospicio, onde fica sujeito ao arbitrio do director, sem que este tenha uma lei pela qual possa pautar o seu procedimento.

Exemplificando: — Um epileptico, sujeito a raras crises, numa dellas commette um homicidio. Vae a jury e este o absolve reconhecendo não ter o assassino imputabilidade. Este, por determinação do juiz, é recolhido a um hospicio, até que os medicos julguem não offerer o mesmo perigo á sociedade.

Calcule-se o martyrio do medico: — O criminoso, após a crise que deu motivo ao homicidio, volta ao seu estado normal, e assim passa annos recolhido ao hospicio. O paciente e a familia imploram a sua sahida, allegando ser o chefe o unico arrimo, estar curado, e depender só do medico a sorte do réu. Por outro lado, a sahida do paciente depende da declaração do medico, que não sendo advinho, não póde dizer si nova crise não virá acarretar outro homicidio, coisa que absolutamente ninguem póde prevêr. Nessas circumstancias, não póde o psychiatra ceder a razões sentimentaes e fazer tão arriscada declaração, e o paciente vae ficando no hospicio até o fim da vida.

Não ha outra solução.

CRIMES E DELICTOS DOS ALIENADOS

Entre nós, os crimes commettidos pelos alienados tornam-se cada vez mais frequentes. Os principaes são os homicidios e as tentativas de homicidio. Basta lembrar que em Dezembro de 1926 existiam recolhidos ao Hospicio de Juquery 167 criminosos, dos quaes 123 eram homicidas e 18 eram accusados de tentativa de homicidio.

Vamos enumerar os principaes actos perigosos relacionados com as molestias mentaes.

Demencia precoce: — A maioria dos alienados criminosos e criminosos alienados é representada pelos dementes precoces, os quaes são sujeitos a impulsões violentas e commettem frequentemente homicidios.

Dos alienados recolhidos ao Hospital de Juquery, 45 estão atacados de demencia precoce.

Além dos homicidios, os dementes precoces costumam praticar roubos e attentados ao pudor.

Outras vezes, levados por idéas delirantes mysticas, praticam crimes com objectivo altruista, como succedeu com um japonéz, de Penapolis, que assassinou a mulher e quatro filhos, para que tivessem vida mais feliz no outro mundo.

Taes individuos não têm imputabilidade.

Epilepsia: — Em seguida á demencia precoce, figura a epilepsia, que foi encontrada em 22 criminosos recolhidos ao Juquery.

Os crimes commettidos pelos epilepticos são, via de regra, praticados nos periodos de aura, isto é, na imminencia da crise convulsiva ou logo depois desta, durante o estado crepuscular.

Ha tambem os epilepticos que não apresentam crises convulsivas, mas os chamados equivalentes psychicos. Esses casos são tambem designados sob a rubrica de epilepsia larvada.

Os actos criminosos dos epilepticos se caracterizam, via de regra, por uma violencia e instantaneidade notaveis, pela ausencia de premeditação e pela amnesia consecutiva.

Os epilepticos são irresponsaveis pelos actos praticados.

Psychose maniaco-depressiva — Mania: — Durante os periodos de mania, em que ha grande excitação psycho-motora, são foreiros os actos perigosos e violentos, taes como os homicidios e as tentativas de homicidio. Os roubos são mais raros.

Melancolia: — Não são raros os assassinatos praticados pelos melancolicos, sobretudo os homicidios familiares. O melancolico é muitas vezes sujeito a raptos e mata a mulher e os filhos para livral-os de alguma desgraça.

Em geral, esses doentes commettem os crimes em virtude de idéas de auto-accusação.

São tambem irresponsaveis.

Debilidade mental: — Os idiotas e sobretudo os imbecis formam contingente apreciavel entre os alienados criminosos. Os actos de perversidade, os actos obscenos, o roubo e os delictos sexuaes são registrados com frequencia nos fracos de espirito. Taes actos são na maioria das vezes consequentes ao abuso do alcool, para o qual elles têm grande attracção e são extremamente sensiveis, tornando-se embriagados com uma parcella minima.

Alcoolismo: — Os crimes commettidos sob a acção do alcool são frequentissimos, basta acompanhar o cadastro policial para se julgar da frequencia dos delictos praticados pelos que se entregam a libações alcoolicas.

Em certos paizes, como na Russia, por exemplo, a embriaguez é circumstancia aggravante do crime. No Brasil, de accordo com o artigo 42, § X, do Codigo Penal, a embriaguez é circumstancia atenuante.

Devemos assignalar tambem as idéas delirantes do ciume que surgem nos alcoolistas chronicos, levando-os a assassinar a mulher ou a amante.

Morphinomania: — Os morphinomanos praticam assassinatos frequentes, sobretudo nos periodos de abstinencia, em que se tornam sobremodo exaltados.

Não raro são os intoxicados accusados por abuso de confiança e furto.

Cocainomania: — Os cocainomanos, quando conductores de vehiculos, são frequentemente processados por excesso de velocidade e não raro condemnados por homicidio por imprudencia. Em São Paulo já se têm verificado casos dessa natureza.

Tornam-se, tambem, extremamente irritaveis e por qualquer nada provocam scenas de pugilato.

Paralysia geral: — A paralysia geral manifesta-se muitas vezes por desordens psychicas, que levam esses doentes á pratica de actos delictuosos, sem que a molestia se tenha até então revelado por nenhum outro symptoma. Tanto assim que os autores crearam o periodo medico-legal da paralysia geral, que equivale mais ou menos ao periodo pre-paralytico.

Em geral, o paralytico não commette assassinatos. Rouba, pratica attentados ao pudor ou abusos de confiança. Taes actos são praticados, em geral, sem o menor constrangimento, o individuo age como se estivesse a fazer coisa licita, visto como o juizo critico já está compromettido. E' classico o caso de um paralytico que furtou uma pipa de vinho e ia a rolar-a pelas ruas de Bordeaux, quando se lhe deparou um guarda civil. Como se encontrasse fatigado, o paciente convidou, com a maior naturalidade, o guarda para auxiliá-lo, dizendo que lhe daria uma parte do vinho que acabára de furtar a um negociante proximo.

Delirio allucinatorio chronico: — Os delirantes chronicos são quasi sempre perseguidos e, imbuidos das suas idéas, tornam-se perigosissimos e praticam assassinatos para se livrarem das perseguições de que se dizem victimas. São os perseguidos-perseguidores.

Loucura moral: — As impulsões sexuaes (bestialidade, necrophilia, vampirismo), as impulsões ao roubo, ao incendio e ao homicidio, são frequentes nos loucos moraes. Taes individuos raciocinam

com logica e collocam muitas vezes os peritos em difficuldade, quando se trata de provar a irresponsabilidade. O caso do **preto Amaral**, verificado ha pouco tempo em São Paulo, pode ser incluido nesse grupo.

São esses os individuos que Briand denominou, pittorescamente, de morcegos. Porque morcegos? Porque os morcegos têm azas como as aves e pellos como os animaes. Assim, tambem, os loucos moraes têm attributos communs aos sãos de espiritos e aos loucos.

* * *

Julgamos ter resumido, si bem que mui summariamente, os principaes actos delictuosos praticados pelos alienados.

Vejamos agora a questão da capacidade civil:

DA CAPACIDADE CIVIL

Por capacidade civil designamos a faculdade de que usufruem todos os brasileiros maiores de 21 annos de desempenhar os actos da vida civil.

Diz o artigo 446, § I:

“Estão sujeitos á curatela:

I. — Os loucos de todo o genero”

O termo “loucos de todo o genero” é improprio na opinião de todos os psychiatras brasileiros, que já se manifestaram a respeito por occasião de um inquerito feito pelo Dr. Raul Camargo, juiz no Rio de Janeiro.

Interdicção: — A interdicção é em geral solicitada pelas pessoas da familia do alienado, podendo tambem ser requerida pelo Ministerio Publico.

Antes de proceder á interdicção, os juizes costumam nomear dois medicos encarregados de dar parecer sobre o estado mental do individuo e responder si o mesmo está em condições de administrar a sua pessoa e gerir os seus bens. Os medicos encarregados de elaborar o parecer num caso de interdicção, deverão agir com muita prudencia, sobretudo quando se não tratar de casos de idiotia, imbecilidade ou psychose chronica.

A propria demencia senil póde apresentar periodos de remissão, pelo que nunca se deverá dar parecer sem effectuar cuidadoso exame, mesmo na hypothese de se ter já examinado o paciente anteriormente.

Exige tambem muita attenção e reiterados exames do paciente toda vez que o parecer for solicitado para o levantamento da interdicção.

E' uma bôa praxe, que se deverá adoptar sempre, a de se requerer um prazo, pelo menos de dez dias, para observar o doente.

Na hypothese do medico examinar o paciente e não poder chegar a uma conclusão diagnostica, deverá se limitar a assignalar os symptomas observados, sem incluir o doente num determinado grupo nosographico.

ACTOS DA VIDA CIVIL NO CASO DE ALIENAÇÃO MENTAL

Casamento dos alienados: — Os alienados não podem casar, de accordo com o nosso Codigo Civil:

Artigo 183, § IX. — Não podem casar:

As pessoas por qualquer motivo coactas e as incapazes de consentir ou manifestar, de modo inequivoco, o consentimento.

De accordo com o artigo 207 — E' nullo e de nenhum effeito quanto aos contrahentes e aos filhos, o casamento contrahido com infracção do artigo 183.

Patrio poder: — O alienado internado perde o patrio poder.

Direitos politicos: — O alienado recolhido a hospital ou interdito perde os direitos civis.

Dotações e testamentos:

Diz o artigo 1.627 do Codigo Civil:

São incapazes de testar:

§ II. — Os loucos de todo o genero.

§ III.— Os que, ao testar, não estejam em seu perfeito juizo.

O artigo 1.650, § II, reza:

Não podem ser testemunhas em testamentos:

§ II. — Os loucos de todo o genero.

Nessas condições, são nulos os testamentos feitos por pessoas alienadas ou testemunhados por insanos.

Veze ha em que a medico é chamado para dizer si, pelos documentos apresentados — cartas e escriptos do testador — este estava ou não alienado antes da morte.

Eis ahi uma pericia difficil e que exige grande cautella e experiencia.

* * *

Pensamos ter resumido, da forma mais clara e accessivel que nos foi possivel, algumas noções de psychopathologia forense.

Resta-nos agradecer rendidamente o honroso convite que nos foi dirigido pelo vosso eminente mestre e meu prezado amigo — prof. Flaminio Favero, que vem imprimindo á cathedra de Medicina Legal da Faculdade de Medicina de São Paulo o mesmo brilho daquelle que, ao tombar na arena, entregou-lhe o facho luminoso que recebeu de Nina Rodrigues — o grande Oscar Freire.

Compressão parcial da cauda equina.

(*Hyppuropathia traumatica*)

Observação apresentada á cadeira de clinica neurologica da Faculdade de Medicina de S. Paulo pelo doutorando Georgides Gonçalves.

B. O. brasileiro, de côr branca, com vinte oito annos de idade, chauffeur, casado, natural de Taubaté, residente nesta capital.

ANTECEDENTES FAMILIARES: — Paes fallecidos, ha tempo; ignora a molestia que os victimou. Tiveram 18 filhos dos quaes, apenas 5 são vivos; dos fallecidos alguns morreram ainda na primeira infancia, outros depois de já crescidos, não sabendo o nosso doente informar da natureza da molestia que os victimou. Não teve a mãe do paciente nati-mortos, mas este não sabe informar se houve abortos.

ANTECEDENTES PESSOAS: — Seu passado morbido caréce de importancia: diz ter sido sempre forte, negando mesmo as molestias peculiares á infancia; aos 20 annos, mais ou menos, appareceu-lhe uma hernia inguinal de que se fez operar, ha 4 annos, mas decorridos 2 annos a hernia recidivou.

Contraiu nupcias aos 21 annos; tem 2 filhos fortes e sadios; sua esposa é robusta, sadia, não teve nati-mortos, nem abortos, nem dystocias, tendo decorrido os seus dois unicos puerpérios em optimas condições.

Néga o doente contagios venereos 'syphiliticos; fuma, bébe de quando em vêz, mas pouco.

MOLESTIA ACTUAL: — Conta o doente que, á noite de 7 para 8 do p. passado mêz, de maio, ao transitar pela rua Borges de Figueiredo, nesta capital, por motivos que elle proprio ignóra e que não nos dizem respeito, foi alvejado pelas costas, por tiros de arma de fôgo, sendo que um dos projecteis (bala), o attingiu, penetrando-lhe na região lombar, ao lado direito da columna vertebral, a alguns centimetros da linha espinal.

Immediatamente após as detonações sentiu forte dôr naquella região, ao mesmo tempo que, "faltando-lhe" uma das pernas, caía ao sólo, sem sentidos.

Soccorrido pela Assistencia Publica que lhe ministrou os primeiros curativos, foi depois internado nesta Sta. Casa, na 1.^a C. H., para, alguns dias depois, transferir-se ao quarto n.º 16, da enfermaria de pensionistas deste mesmo hospital, onde o examinamos, graças á gentileza do seu medico assistente, dr. J. L. Guimarães.

Continuando as suas informações accrescenta o doente que, ao recuperar os sentidos, nos primeiros momentos que se seguiram ao accidente que o acamou, sentiu intensas dôres na região lombar, na perna e pé esquerdos, notando então que estes estavam paralyzados, — não os sentia, estavam como que mortos, esquecidos, o que o impedia ficar de pé e andar (sic)

Decorridos alguns dias as dôres cessaram completamente e, actualmente só accusa ao nivel daquelles segmentos do membro, paralyzados, sensações esquesitas, quaes sejam: formigueiros, sensação de gêlo, caimbras musculares, etc.

EXAME SOMATICO: — Trata-se de um moço de compleição robusta, com paniculo adiposo e tecido muscular bem desenvolvidos, pesando 74 kilos, e de bôa constituição esquelética, medindo 1, m. 75 de altura. A sua facies um pouco pallida não denota, entretanto, sofrimento. A pesquisa dos estigmas luéticos resultou negativa: não apresenta ganglios enfartados — salvo a cadêia dos ganglios inguinaes, — nem dôres ostéocopas.

APPARELHO RESPIRATORIO: — Thórax bem desenvolvido, nada de anormal apresentando á inspecção; fossêtas supra e infra-claviculares pouco accentuadas; angulo de Charpy quasi récto. A' percussão, á palpação e á ausculta, nada de importante verificamos. Contam-se 16 movimentos respiratorios por minuto.

APPARELHO CIRCULATORIO: — Pulso radial cheio, rythmico, batendo 66 vêzes por minuto, o doente deitado; ictus cordis no 5.º intercosto, ao nivel da linha mamillar; área cardiaca não augmentada; bulhas bem timbradas; audiveis nitidamente em todos os fôcos; pressão arterial tomada na humeral: máx. 13; min. 7,5. (App. Vaquez-Laubry).

APPARELHO DIGESTIVO: — Dentes bem implantados nos alvéolos mas em précarío estado de conservação; lingua coberta de léve camada de saburra; mucosas buccaes bem córadas; pharynge normal. A' inspecção do abdomen vê-se sua musculatura desenhar-se bem sob os tecidos superficiaes, notando-se, na região inguinal esquerda, uma cicatriz, rectilea, irregular, medindo uns 5 centímetros no seu maior diametro, mais ou menos. Esta cicatriz confirma o que atrás no informou o doente, isto é, — de que fôra operado de hernia. A' palpação nada de anormal se verifica; á percussão verifica-se a matidêz hepatica subindo até ao 6.º intercosto e inferiormente não excedendo ao reborbo das ultimas costellas. O baço não está tambem augmentado de volume.

APPARELHO GENITO-URINARIO: — Orgãos genitae externos bem desenvolvidos, com caractéres sexuaes secundarios bem nitidos. Erec-

ção e ejaculação normaes, refére o doente. A micção é regular, não apresenta nenhuma anormalidade; urina o doente 5 a 6 vêzes em 24 horas.

APPARELHOS SENSORIAES: — Visão, audição, olfacção e gustação, normaes.

EXAME DA COLUMNA VERTEBRAL: — A' inspecção, á palpação, á percussão, nada de anormal se verifica; não há deformação vertebral nem dôres á pressão. Nota-se sómente, ne região lombar, á direita da columna vertebral, a alguns centímetros da linha espinal, uma pequena cicatriz arredondada, medindo uns 4 m.m. mais ou menos, de diametro, de côr azul arroxeadada, cercada de uma auréola de coloração roseo pállida. Esta cicatriz confirma a informação do doente, — que fôra alvejado — e assignala o ponto de penetração do projectil (bala), na região.

EXAME DOS MEMBROS: — Nos membros superiores nada encontramos de anormal. Nos membros inferiores eis o que verificamos: membro inferior direito, normal; membro inferior esquerdo: certa flaccidez dos musculos do pé e perna, principalmente dos musculos da face posterior desta ultima; pé visivelmente caído sobre a perna e ligeiramente voltado para a linha mediana (varo-equino).

EXAME DO SYSTEMA NERVOSO

PSYCHISMO: — Sob o ponto de vista psychico verifica-se integridade perfeita das faculdades intellectivas. Se bem seja o doente pouco culto, exprime-se relativamente bem; não tem apathia intellectual nem dysartria, respondendo com facilidade, presteza e intelligencia ás perguntas que se lhe dirigem; não apresenta somnolencia.

EQUILIBRIO

ESTATICA: — A attitude do doente, em pé, é instavel; ordenando-se-lhe fechar os olhos, mesmo com os pés afastados, elle oscilla e tende a cair para a esquerda. (Signal de Romberg); sentado, o seu equilibrio é perfeitamente estavel. Orientação normal; sua attitude no leito é indifferente.

CINETICA: — Ao doente a marcha é de todo impossivel.

MOTILIDADE ACTIVA VOLUNTARIA: — Nos membros superiores, normal; nos membros inferiores nota-se: força de flexão e de extensão de pé muito diminuida no pé esquerdo; normal no pé direito. Força de flexão da perna sobre a coxa bastante diminuida do lado esquerdo; sem alteração para o lado direito. Força de extensão da perna sobre a coxa, muito ligeiramente diminuida da lado esquerdo; normal na perna direita. Força de flexão da coxa sobre a bacia, ligeiramente diminuida do lado esquerdo; sem nenhuma alteração do lado direito.

MOTILIDADE ACTIVA INVOLUNTARIA: — Athetose, movimentos cho-reicos, tremores, etc., não existem.

MOTILIDADE LATENTE: — Tonus muscular diminuido nos musculos da perna e pé esquerdos e mui ligeiramente diminuido nos musculos da coxa deste mesmo lado. Conservado e normal no membro inferior direito e nos superiores.

MOTILIDADE PASSIVA: — Sem nenhuma alteração.

EXAME DOS REFLEXOS

REFLEXOS PUPILLARES: — A' luz, á accommodação e consensual presentes e normaes de ambos os lados. Não há anisochoria, nem nystagmo, nem estrabismo.

REFLEXOS TENDINOSOS: — (Membros superiores): — Radial, stylo-radial, tricipital, bicipital, etc., presentes e normaes.

MEMBROS INFERIORES: — Reflexos achilleano, patellar, peroneo-femural, completamente abolidos do lado esquerdo; presentes e normaes do lado direito. Reflexo medio-pubiano normal nas suas duas respostas.

REFLEXOS CUTANEOS: — Medio-plantar abolido do lado esquerdo; presente do lado direito. Abdominaes (inferior, medio e superior), presentes e normaes de ambos os lados. Cremasterino normal de ambos os lados.

EXAME DA SENSIBILIDADE

SENSIBILIDADE PROFUNDA: — Abolida na perna e pé esquerdos.

SENSIBILIDADE TACTIL: — Completamente abolido no pé esquerdo e accentuadda hypoesthesia tactil em toda a perna do mesmo lado. Normal em todo o resto do corpo.

SENSIBILIDADE DOLOROSA: — Verifica-se analgesia nos mesmos segmentos do membro lesado, com a mesma distribuição, sendo muito mais accentuada no pé que na perna. Normal para o resto do corpo.

SENSIBILIDADE THERMICA: — Abolição da sensibilidade ao calor e ao frio nas mesmas zonas dos segmentos lesados. Normal no resto do corpo. (*Vide esquema junto*).

TROPHICIDADE: — Perna e pé esquerdos mais frios do que os seus similares do lado opposto.

NOTA: — O doente accusa ao nivel dos segmentos paralyzados, paresthesias e dysesthesia.

EXAME RADIOGRAPHICO

O exame radiographico mostra o projectil (bala), encravado no corpo da 3.^a vertebra lombar, e dois estilhaços encravados na parte posterior do corpo vertebral, na base da apophyse espinhosa da vertebra.

NERVOS	m. A.
Sciatico poplitéu externo	1,8
Tibial posterior	2,5
MUSCULOS	
Tibial anterior	3,5
Gemeo interno	4,5
" externo	3,5
Peroneiros	4

(Contrações rápidas, energicas, sem hypoexcitabilidade nem inversão polar).

(21-5-927. — PROF. R. BARROS).

DISCUSSÃO

Deante de um doente que apresenta o quadro morbido que acabamos de expôr, caracterizado por uma paralyisia flaccida da perna e pé esquerdos, (unilateral, portanto), com abolição total dos reflexos tendinosos e cutaneos e anesthesia a todas as formas de sensibilidade naquelles segmentos, sem perturbações para o lado dos esphincteres, nem lesões trophicas accentuadas ou outro qualquer disturbio desta ordem, a não ser uma ligeira differença de temperatura (segmentos lesados mais frios que os seus similares do lado opposto), com perturbações da sensibilidade subjectiva, consistente em dôres intensas, irradiadas, e paresthesias (sensação de gêlo, formigueiros, caimbras musculares, etc.), ao nivel daquelles segmentos, — todos estes symptomas formam um syndroma que passaremos a estudar detidamente e que procuraremos, senão encaixar, approximál-o ao menos, quão possivel, de um daquelles commumente descriptos pelos auctores, ao tratarem do capitulo: "Lesões medullares"

Que se trata no caso presente de uma lesão traumatica, por projectil de arma de fogo (bala), duvida alguma poderá subsistir, pois conhecemos os dados anamnesticos colhidos no relato que o doente nos fêz de sua molestia, dados estes que se confirmaram todos pelo exame somatico a que procedemos e, posteriormente pelo exame radiographico. E, quanto á altura e séde da lesão, mesmo abstrahindo-nos deste ultimo meio diagnostico, — que neste particular não deixa persistir nenhuma duvida, — não nos seria mui difficil, ao simples exame objectivo da região attingida pelo projectil e jogando só com os symptomas apresentados pelo doente e reportando-nos aos dados anatomicos da mesma, determinar, pelo menos aproximadamente, o segmento da columna vertebral lesado, e por este, o segmento medullar correspondente, que é o que mais de perto nos interessa. E com effeito, pelo xeamo minucioso da região, chegamos á conclusão que o projectil devia ter alcançado a columna vertebral ao nivel da 3.^a ou

4.^a vertebra lombar, presumpção esta confirmada, até certo ponto, pela radiographia que veio mostrar a séde exacta do projectil na 3.^a vertebra lombar. E, tendo em mente que o cône medullar não desce, normalmente, além da 2.^a vertebra lombar, e ainda, que as raizes lombares — excepção feita á 1.^a, — e as raizes sagradas e coccygeanas originadas todas ellas no cône, têm um trajecto muito obliquo para baixo, percorrendo largo tracto do canal vertebral antes de emergirem d'elle, o que fazem 3 a 5 vertebraes abaixo para as raizes lombares; 6 a 9 para as raizes sagradas — excepto a ultima deste nome, que emerge do orificio inferior do canal sagrado juntamente com as raizes coccygeanas — poder-se-á affirmar que, um traumatismo agindo sobre a 3.^a vertebra lombar — e é o nosso caso, — não váe mais alcançar a medulla, pois que a ultima porção desta, isto é, o cône terminal, pára ao nivel da 2.^a vertebra lombar superiormente situada, e nem a 1.^a e a 2.^a raizes lombares que emergem mais acima (a 1.^a raiz lombar deixando o canal vertebral entre a 1.^a e 2.^a vertebraes lombares, e a 2.^a raiz lombar sahindo entre a 2.^a e a 3.^a vertebraes homonymas), mas sim o conjunto formado pelas três ultimas raizes lombares e pelas raizes sagradas e coccygeanas que, originarias todas ellas ao rédór deste mesmo cône medullar, trafegam ainda por algum tempo no interior do canal vertebral, descrevendo um trajecto muito obliquo para baixo e indo emergir gradativamente em andares vertebraes mais inferiormente situados.

Conhecidos que são estes detalhes anatomicos de primacial importancia, não nos seria mui difficil, mesmo prescindindo do exame radiographico, analysando a symptomatologia apresentada pelo doente, chegar á determinação, mais ou menos exacta, da séde da lesão medullar, ou melhor, das raizes compromettidas.

Com effeito, sendo que as perturbações da motilidade e da sensibilidade apresentadas pelo nosso doente se limitam á perna e pé esquerdos (unilateraes), não excedendo ao joelho, a abolição do reflexo patellar marcando o limite superior da paralyisia, uma vêz que se saiba que este reflexo tem sua séde ou centro medullar ao nivel da 3.^a raiz lombar a que elle está affécto, somos auctorizados a affirmar que o nivel superior da lesão nervosa (central) não váe além desta raiz; e mais, analysando-se o territorio da anesthesia cutanea, podemos ainda affirmar que a lesão apanhou mais, além daquella raiz, as seguintes: L4, L5, e S1, cuja distribuição corresponde justamente á innervação dos segmentos paralyisados do membro, e ainda, que a lesão só interessou as raizes de um lado (esquerdo), homonymo do lado em que se verificam as perturbações sensitivas e motoras.

São estas raizes pré-citadas as mais externas e mais altas das que constituem a "Cauda equina" chamada, (4 ultimas raizes lombares e as raizes sagradas e coccygeanas), e cuja lesão unilateral determinou — devido mesmo á sua distribuição peripherica, — em nosso doente, uma paralyisia com anesthesia, limitadas aos dois ultimos segmentos do membro inferior esquerdo, anesthesia que, se bem á pri-

meira vista pareça do typo segmentar (em bóta), não deixa de ser, em verdade, do typo radicular. (*Vide eschema*).

DIAGNOSTICO

Deante do quadro mórbido por nós atrás descripto, caracterizado pelos symptomas já mais de uma vêz citados e que recordamos: após um tiro que lhe attingiu a columna vertebral, na região lombar, o paciente sente "faltar-lhe" uma das pernas e cae ao sólo, sem sentidos, ao recobrar estes sente dôres intensas na região traumatizada, dôres estas que se irradiam para a perna e pé esquerdos paralyzados immediatamente após o traumatismo, com abolição completa dos reflexos tendinosos e cutaneos e anesthesia a todas as formas de sensibilidade ao nivel daquelles segmentos, — quaes as hypotheses que poderiam surgir ao nosso espirito?

Desprezando aqui toda e qualquér hypothese de *lesões nervosas centraes*, pois não pôde pairar duvida a respeito do que expozemos atrás, isto é, que se trata de uma *lesão peripherica*, quaes as conjecturas a tecer-se em torno do caso que nos occupa?

Poder-se-ia pensar, nos primeiros momentos que se seguiram ao accidente, n'uma Hematomyelia traumatica, pelo inicio subito (ictus) da molestia, paralysis, etc., mas a unilateralidade do processo mórbido no caso, seria bastante, só por si, para afastar esta hypothese, e, fossem taes os phenomenos a militarem a seu favor, recorreriamos então á punção lombar que viria dirimir a questão.

Poderia tratar-se d'uma Myelite? Esta hypothese merece considerada ao mesmo titulo que a primeira. Se bem seja uma raridade manifestar-se uma myelite de modo subitaneo, em forma de ictus, o facto, não obstante, tem sido observado pelos auctores que tratam do assumpto e que citam casos, porém, devemos convir que estes constituem uma excepção. Ademais, uma myelite determinaria, como na primeira hypothese aventada, uma lesão muito mais extensa, symetrica, e acarretaria perturbações para o lado dos esphincteres, etc., o que se não verifica absolutamente no nosso caso.

Sabendo nós que se trata neste caso de uma lesão das ultimas raizes lombares e de raizes sagradas, cuja pathologia os auctores systematizam em certo numero de quadros clinicos ou syndromas, vejamos, percorrendo-os succintamente, o em que podemos enquadrar o caso que nos tem occupado até aqui. Formulemos hypotheses:

1.^a) Poderia tratar-se no caso vertente de uma compressão do segmento lombar da medulla? Não; primeiro porque a medulla termina ao nivel da 2.^a vertebra lombar (causa anatomica), como já vimos atrás, e o traumatismo foi ao nivel da 3.^a vertebra deste nome; segundo, porque (causas clinicas), no nosso caso os disturbios da motilidade e da sensibilidade não excedem ao joelho, limitando-se aos ultimos segmentos do membro inferior esquerdo sómente (unilateral), e ainda porque não verificamos aqui perturbação nenhuma para o

lado dos esphincteres, o que é, ao contrario, muito commum nas affecções daquelle segmento da medulla.

2.^a) Seria aqui o caso d'um syndroma de compressão da medulla sagrada, segmento este correspondente ás raizes: L5, S1 e S2?

Excluimos esta hypothese pelas mesmas razões acima apontadas e ainda porque, no nosso caso verificamos um signal que se não encontra neste syndroma, isto é, a abolição do reflexo patellar.

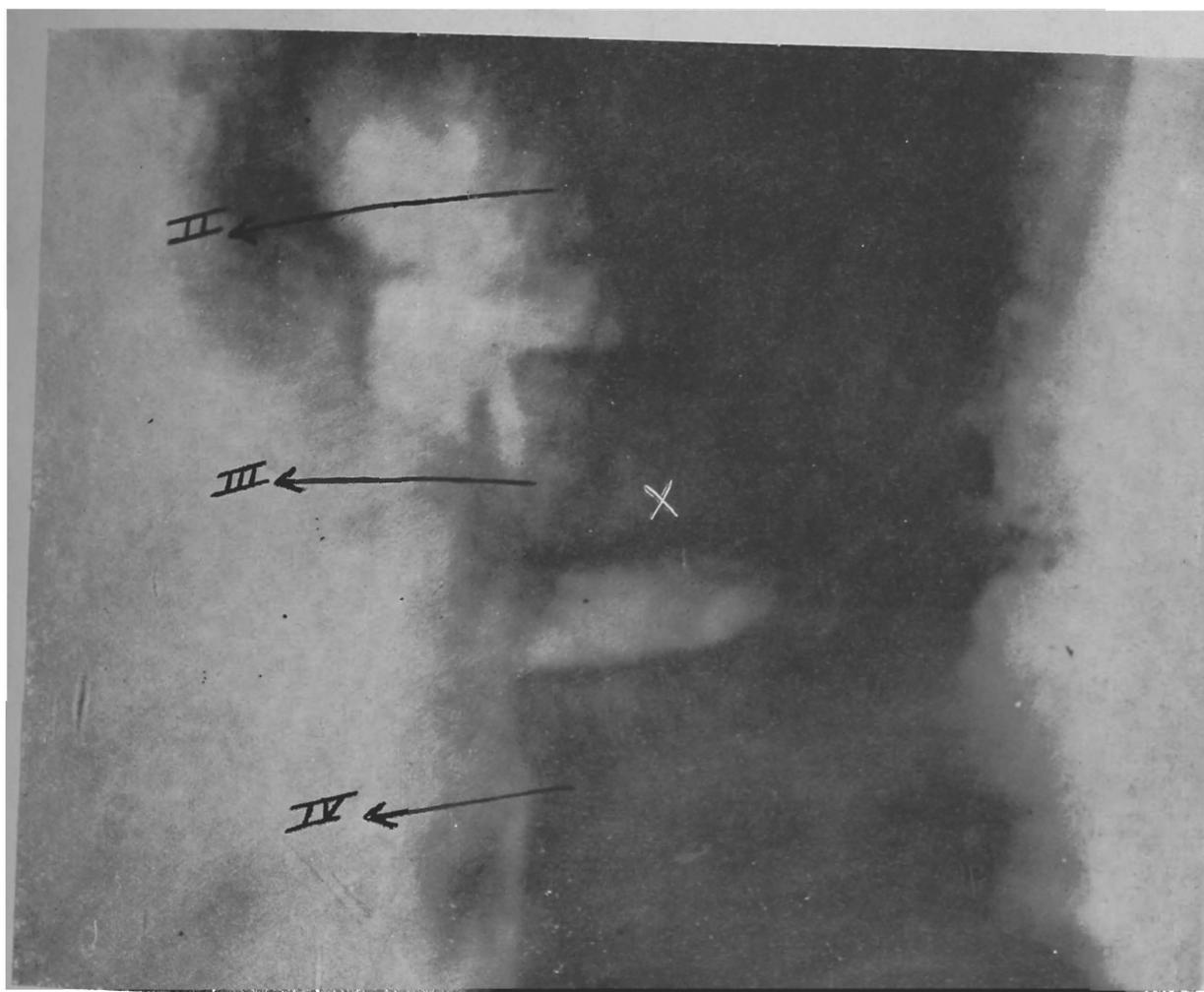
3.^a) Estariamos nós aqui em face d'um syndroma de compressão do cône medullar, (S3, S4, S5-raizes sagradas?)

Ainda aqui responderemos negativamente estribados nos seguintes argumentos: primeiro, porque as lesões do cône medullar são mais communs nas affecções primitivas da medulla — hematomyelias, myelites, — hypotheses estas já deixadas á margem por nós, ao considerál-as acima; segundo, porque faltam ao nosso caso as perturbações esphincterianas e genitales, características das affecções do cône; em terceiro e ultimo lugar, porque, nas affecções do cône, a zona de anesthesia predomina na região do sacro, do coccyx, do perineo do escroto, face interna da coxa até ao joelho (anesthesia em sélla), o que se não verifica absolutamente no caso presente.

Excluidas todas estas hypotheses que acabamos de formular acima, resta-nos como hypothese ultima e que se nos afigura a mais provavel, que, no caso que estudamos se trate d'uma lesão da "Cauda equina", chamada (ou se se quizer, d'uma hippuropathia).

Com effeito, o syndroma da cauda equina, que segundo o prof. Claude, "mais se approxima do quadro das polynevrites do que das compressões medullares, é caracterizado pela compressão dos 4 ultimos pares lombares e os pares sagrados e coccygeanos; o 1.^o par lombar, sahindo do canal racheano ao nivel do cône terminal da medulla, escapa aos agentes traumaticos que se assestem abaixo da terminação da medulla. A compressão da cauda equina se caracteriza pela flaccidez da paralyisia que affecta os musculos da região posterior da coxa e da perna, o pé caíndo em equinismo muito accentuado, a myotrophia précoce, rapida e accentuada, interessando quasi todos os musculos do membro inferior e os das nadegas. Todavia, os musculos innervados pelo crural, (1.^o e 2.^o pares lombares), são, em geral, respeitados.

Como nas nevrites, a paralylia é proporcional á atrophia; os musculos apresentam, ás vêzes, tremulações fibrillares. No inicio, quando o doente póde andar, a marcha escarvante (steppage) é nitida. Os reflexos achilleano, cutaneo-plantar e cremasterino desaparecem progressivamente. O reflexo patellar subsiste sómente quando a 3.^a raiz lombar não é interessada. N'um periodo mais adeantado, as retracções fibro-tendinosas apparecem, e com ellas as deformações dos membros se exageram. Os disturbios da sensibilidade subjectiva são muito accusados: dôres extremamente vivas na região lombo-sagrada, d'onde ellas se irradiam para os membros inferiores, continuas, com exacerbações unilateraes ou mais frequentemente bilateraes; ellas revestem o



(II, III, IV, vertebrae lombares). Vê-se a bala (x) encravada no corpo da 3.^a vertebra lombar e dois estilhaços na parte posterior do corpo vertebral.

caracter de nevralgias persistentes no dominio do sciatico sobretudo, o que, ao inicio, pôde fazer pensar-se, erradamente, n'uma sciatica. Os disturbios da sensibilidade objectiva são de primacial importancia para a localização da compressão. Observa-se hypoesthesia ou anesthesia que interessa os membros inferiores, o perineo e os órgãos genitais, ou bem ella se limita a certos territorios radiculares. O limite superior corresponde a L2, isto é, ao sulco inguinal adeante, á parte superior o sacro atrás. Esta anesthesia pode coexistir com dôres irradiadas (anesthesia dolorosa); as perturbações dos esphincteres são constantes (incontinencia ou retenção); o edema duro e chrónico que mascara a myotrophia, e as escaras dos membros inferiores." E' o que nos ensina o auctor pré-citado na sua *Pathologie Interne (Maladies du Systeme Nerveux 2)*.

Ora, no nosso caso não resta duvida nenhuma que se trata d'um syndroma da cauda equina, mas de um syndroma incompleto, revestindo uma certa feição clinica, pois algumas apenas das raizes constituintes da cauda foram apanhadas pelo agente traumatico (L3, L4, L5 e S1) e só de um lado, (esquerdo), o que explica perfeitamente a abolição da motilidade voluntaria e da reflexa, bem como da sensibilidade objectiva, em todas as suas formas, nos segmentos em que se distribuem aquellas raizes (pé e perna esquerdos), com abolição do reflexo patellar (3.^a raiz lombar).

O que, á primeira vista, poderia impugnar a hypothese a que nos atemos, isto é, de tratar-se no nosso caso de uma lesão da cauda equina, seria de um lado o limite muito restricto das perturbações apresentadas pelo doente e, d'outro lado a unilateralidade d'ellas ou (asymetria), porém, estes dois factos que se poderiam erigir em objecções á hypothese d'uma hippuropathia, vêm, ao contrario, militar em seu favor, pois as lesões da cauda, mais que qualquer outra entidade morbida, podem apresentar-se limitadas a um unico lado, interessando só o membro desse lado ou segmentos desse membro, e isto porque nem sempre todas as raizes da cauda são interessadas, dando-nos o syndroma typico e classico descripto nos livros, mas podemos ter, dado o numero de raizes lesadas, quadros clinicos de feições as mais diversas. Haja á vista o que ensina a respeito o prof. Claude na sua obra já atrás citada; — "é assim — diz este mestre — que uma anesthesia limitada á região sagrada, perineal e genital, bem verificada, poderá despertar a idéa e fazer suspeitar d'uma compressão, em inicio, da cauda equina"

"Em todo o caso — diz o prof. P. Marie no seu livro *La Pratique Neurologique*, ao tratar do diagnostico differencial entre as lesões da cauda e as affecções da medulla propriamente ditas, — em todo o caso, deve-se lembrar que o syndroma (o auctor subintende a phrase: da cauda-equina) pode ser muito incompleto, reduzir-se, por exemplo, a uma sciatica dolorosa com impotencia da marcha. Um exame aprofundado da sensibilidade permittirá, nestes casos, suspeitar desordens ás vezes consideraveis e chegar-se assim ao diagnostico

exacto. Este exame acurado da sensibilidade permittirá ainda descobrir as raizes mais particularmente interessadas nos effeitos nocivos do processo morbido”

Não obstante, alguns auctores não se filiam ás opiniões acima, o que se depreende destas linhas que fomos buscar em Collet (*Précis de Pathologie Interne T 1*); “não é raro — diz este auctor — vêem-se lesões da cauda equina predominando d’um lado (formas asymetricas), *mas é excepcional limitarem-se ellas estricitamente a um só lado*; neste caso, ellas occasionam perturbações motoras e sensitivas e reflexas d’um unico lado, com disturbios esphincterianos muito atenuados.”

Contrariamente ao que ensina este auctor, cujo juizo sobre o assumpto, mui de proposito trasladamos para aqui, no nosso caso não houve tão sómente predominio das lesões de um lado sobre as do outro (que foram nullas), mais ainda, houve uma estricta limitação da lesão a algumas raizes sómente, desse lado, o que se pode muito bem observar na pratica, e é o nosso caso, apezar de ser raro, tão raro que o pré-citado auctor rotula de “excepcional” E isto naturalmente porque é muito difficil que um traumatismo agindo sobre a columna vertebral apanhe as raizes nervosas de um só lado.

Mas, na apreciação desses factos, deve-se levar em conta a natureza e séde da lesão, muito variaveis com a natureza e modo de acção do agente traumatico. Pois não é a mesma coisa, parece-nos, a quéda de um individuo, de uma certa altura, sobre o sacro, fracturando-o, e um outro que tome um tiro e cujo projectil lhe vá encravar no corpo d’uma vertebra, fracturando-a; as lesões resultantes que podem ser as mesmas, têm, entretanto, mais probabilidades de ser mais extensas no primeiro dos casos acima figurados, sem nenhuma ordem e acarretando maiores disturbios, e ainda, serem bilateraes (symetricas); pode haver fractura e luxação de mais de uma vertebra e, ipso facto, interessar um tracto medullar (radicular) mais extenso; aliás tudo isto se poderá tambem verificar na segunda hypothese, mas aqui, com mais pobabilidade se poderão verificar danos menores, dado o tamanho do agente traumatico (bala), acarretando, por isto mesmo, disturbios menos extensos, mais localizados, mais limitados, mais systematizados, asymetricos ou nilateraes. E é com effeito, o que se verifica no nosso caso: o projectil (bala), attingindo o paciente ao lado direito da columna lombar, a alguns centimetros da linha espinal, dada a obliquidade da sua trajectoria, foi encravar-se do lado esquerdo, na face postero-externa do corpo da 3.^a vertebra lombar, depois de haver fracturado a apóphyse espinhosa desta vertebra onde a radiographia mostra 2 estilhaços do projectil, indo interessar sómente as raizes nervosas deste lado, e sómente aquellas cuja origem e trajecto se encontram mais proximos da séde da lesão.

Em abono da nossa opinião, isto é, que se trata no presente caso, de uma lesão da cauda equina, e limitada sómente ás 3 ultimas raizes lombares e á primeira sagrada, e só de um lado (esquerdo), seja-nos

permittedo transcrever aqui o que ensina o prof. Lewandowski no seu *Manual de Neurologia Practica* (Ed. italiana); "é difficil — diz este auctor — mesmo para um medico atilado, e ás vêzes muito embaraçosa, a diagnose differencial entre uma lesão da cauda equina e a do cône medullar. Os symptomas podem ser os mesmos; e podem ser ainda combinados, porque as raizes da cauda correm ao redor do cône e um traumatismo na região pode interessar não só estas raizes, mas tambem o cône medullar. Em geral, os symptomas unilateraes falam em favor de uma lesão da cauda."

Em face de tão valiosos testemunhos quer nos parecer que não poderá subsistir duvida de que se trata no nosso caso de uma compressão traumatica de algumas raizes da cauda equina (L3, L4, L5 e S1), do lado esquerdo e que nos deu o syndroma por nós descripto ao inicio desta, isto é: inicio subito da molestia, com dôres intensas na região lombar, irradiada para a perna e pé esquerdos, paralysisia flaccida destes mesmos segmentos, com abolição de todos os reflexos tendinosos (patellar inclusive) e cutaneos, e abolição de todas as formas de sensibilidade daquelles segmentos, com paresthesias, sem myotrophia nem R D (*Vide electro-diagnostico*).

Que se trata de uma compressão estamos auctorizados a affirmar, dada a pressão augmentada do liquido cephalo racheano, revelada á punção lombar (40 centims. Manometro de Claude), e ainda pelo xantochromismo deste mesmo liquido que coagulou em massa (syndroma de Froin), expressão d'uma compressão no espaço dural, ao mesmo titulo que a dissociação albumino-cytologica é o indicê d'uma compressão epidural.

DIAGNOSTICO: — Hippuropathia traumatica (compressão) por projectil de arma de fogo (bala), ao nivel da 3.^a vertebra lombar, com compromettimento das raizes; L3, L4, L5, S1, do lado esquerdo.

"O diagnostico differencial entre uma affecção da cauda e uma lesão dos segmentos da medulla que lhes dão origem, no que diz respeito a uma intervenção cirurgica, não é sempre facil. Afóra a séde em que agiu o trauma, deve-se levar em consideração os intensos phenomenos de irritação sensitiva (dôres irradiadas, paresthesias) as quaes falam, sobre tudo, em favor de uma lesão da cauda, emquanto que, de outro lado, os disturbios da sensibilidade dissociada militam em favor de uma lesão (central) da medulla. De grande alcance na diagnose de todas as lesões vertebraes são os raios X. Com o auxilio da radiographia é-nos actualmente muito possivel estabelecer exactamente, sem difficulade, a séde e natureza das lesões vertebraes e do osso sacro. "(Strümpell. — *Patologia speciale Medica e Terapia*. Vol. 2. Parte 2).

PROGNOSTICO: — As Hippuropathias comportam, em geral, um prognostico severo e reservado. Mas no nosso caso, dada a não grande intensidade dos symptomas (que já estão regredindo em parte), e o limite pouco extenso da lesão, nós podemos formular um prognostico mais benigno e dizer que, com o decorrer do tempo e com therapeu-

tica adequada, o doente poderá recobrar o uso perfeito do seu membro lesado (elle já anda) e, uma vêz cessados os phenomenos compressivos, tudo se normalisará.

TRATAMENTO: — E' dos mai arduos, demorado e não muito proficuo. Consiste, a principio, em repouso e immobilisação absolutos; cuidados medicos para se oppôr á infecção vesical e pulmonar (são communs as cistites nas lesões completas da cauda equina); mais tarde convém lançar mão das massagens, mobilisação do membro paralyzado, assim como da reeducação motora.

No nosso caso onde a compressão é limitada e pouco intensa, e em que os disturbios acarretados pelo projectil encravado no corpo da 3.^a vertebra lombar, não trazem maiores damnos ao doente, a não ser uma incapacidade relativa á sua locomoção, a intervenção cirurgica com o fito de se lhe extrahir a bala foi desaconselhada terminantemente. Devemos tratar o nosso doente, a principio com o repouso e immobilisação ao leito, e mais tarde, com massagens, mobilisação dos segmentos paralyzados e ainda com a galvano-therapia — agente therapeutico de eleição para estes casos, — devendo esta ser dosada naturalmente de accôrdo com os signaes de reacção dos musculos paralyzados, ao electro-diagnostico.

NOTA: — O doente já vem a este hospital, andando; serve-se de uma bengala em que, no emtanto, não se apoia muito. Apresenta ligeira claudicação; ainda não move bem com o pé, mas este não se encontra mais caído.

PHARMACIA LANGE

PREÇOS ESPECIAES PARA MEDICOS
E ESTUDANTES DE MEDICINA

Pedidos por Telephone - Central 2223
RUA VERGUEIRO, 10 - S. PAULO

Do abortamento criminoso em São Paulo

Trabalho apresentado á Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo pelo doutorando Caetano Zamitti Mammana.

A PRÁTICA do abortamento criminoso, não obstante as mais severas sancções penaes, tem-se diffundido entre os differentes povos e hoje, como uma necessidade imposta pela civilisação, se tornou uma verdadeira praga social. Na época actual os differentes estudiosos desse assumpto, estão de accordo em reconhecer-lhe uma marcha verdadeiramente assustadora.

No nosso internato na Assistencia Policial tivemos occasião de observar diversas mulheres apresentando grandes hemorragias uterinas porst-aborto provocado. Ficou nosso espirito fortemente impressionado com a frequencia de casos de tal ordem, de modo que assentámos, desde então, que o assumpto da nossa these de doutorando seria sobre um ponto que se referisse ao "*Abortamento criminoso*"

Não é absolutamente um thema novo, nem mesmo pretendemos enriquecel-o com contribuições pessoaes, mas nos limitaremos a descrever os meios mais commumente empregados entre nós, baseados nos exames feitos no Gabinete Medico-Legal nestes ultimos 13 annos, e investigações por nós emprendidas.

O abortamento criminoso em São Paulo está em voga e impressiona sobre maneira a frequencia com que se succedem os casos. Se recorreremos ás estatisticas por mais bem organisadas que elles sejam, vemos que seus dados não exprimem a verdade completa, pois é certo que uma porcentagem elevadissima ou melhor a maioria absoluta, escapa, forçosamente, ao conhecimento official.

E isso por diversas razões. Para confirmarmos o que acabamos de dizer, basta citar que no espaço de tempo decorrido de Janeiro de 1914 a fins de Julho do corrente anno constam no Gabinete Medico-Legal 37 exames, sendo, um correspondente a este ultimo mez. No emtanto, durante esse mesmo mez uma parteira de um dos bairros proximos do centro, tida como honestissima, provocou 176 aborta-

mentos sem ter tido nenhum caso que lhe desse cuidados; outra parteira residente em bairro differente, provocou 40 abortamentos dos quaes um com grande hemorrhagia uterina, sendo encessaria a remoção da paciente para um hospital. Grande foi o numero de abortamentos provocados criminosamente por outras parteiras nesse mesmo mez. Se fossemos calcular numa cifra redonda creio que passaríamos das casas dos 300, e no emtanto no Gabinete Medico-Legal só consta um exame.

Para o numero diminuto dos casos de abortamento criminoso que chegam ao conhecimento da policia, ha abertura de inquerito, e, este sempre ou quasi sempre termina sendo archivado por falta de provas.

Dos factos consumados, sómente uma parte infinitesimal é denunciada e mesmo assim por circumstancias especiaes, entre as quaes as mais communs são:

- 1.º — Complicações consequentes a manobras abortivas;
- 2.º — Morte da mulher;
- 3.º — Quando a mulher é recolhida numa clinica ou hospital;
- 4.º — Por acaso quando se procede uma pericia num caso de violencia carnal;
- 5.º — Quando sejam encontradas as partes expulsas.

1.º — *Complicações consequentes a manobras abortivas*: Em vista da perfeição da technica empregada na effectuação das manobras abortivas e de um modo especial pelos cuidados maiores tomados por quem os pratica essas complicações são relativamente raras e as denuncias são em numero diminuto e assim mesmo isso se dá quando o caso é muito grave e a vida da paciente corre perigo.

2.º — *Morte da mulher*: Dentre as circumstancias citadas esta é a mais frequente. Nestes ultimos 13 annos tivemos em São Paulo 9 casos de morte em consequencia a manobras abortivas, sendo um na propria residencia da parteira.

3.º — *Quando a mulher é recolhida numa clinica ou hospital*: Estes casos são rarissimos, porque quando uma mulher é removida, além do interesse proprio em guardar segredo, já recebeu todas as instrucções necessarias por parte da pessoa que provocou o abortamento ou dos membros da familia, de modo que se se proceder a um interrogatorio ellas com a maior naturalidade se limitam a dar respostas como estas: “leveí um tombo”, “cahi de uma escada” “leveí um grande susto” “brigueí com meu marido” etc.

4.º — *Por acaso quando se procede a uma pericia num caso de violencia carnal*: Pode-se dar o caso, de, raparigas levadas ao Gabinete Medico-Legal com o fim de serem examinadas, sobre a integridade de seus órgãos genitales numa suspeita de defloramento, e o perito notar signaes evidentes de abortamento.

Dentre as observações por nós colhidas no Gabinete Medico-Legal referimos a seguinte, que bem demonstra o que acabamos de dizer:

Obs. N.º ..

M. C., branca, brasileira, solteira, com 21 annos de idade.

Num dos dias do mez de Março de 1921 compareceu ao Gabinete Medico-Legal, afim de ser examinada. Referiu que ha 6 mezes, mais ou menos, fôra seduzida por um individuo com o qual tivera varias relações sexuaes e que anteriormente ao seu defloramento, já não apresentava o corrimento menstrual, havia 4 mezes. Referiu mais que no dia 29-12-1920 eliminara um coagulo de sangue acompanhado de colicas uterinas.

Pelo exame meticoloso dos órgãos genitales notaram os peritos, além dos signaes evidentes do defloramento, outros que indicavam ter havido um aborto, devendo o producto da concepção ter de accordo com as lesões observadas no collo do utero de 3 a 4 mezes.

5.º — *Quando sejam encontradas as partes expulsas*: São os casos mais communs e os mais difficeis de se resolver, de modo que sempre ou quasi sempre permanecem no mysterio. Poucos são os casos deste genero que a Policia consegue desvendar. A titulo de exemplo citarei um interessante que se elucidou, graças ao resultado de uma pericia muito bem orientada.

No mez de Fevereiro de 1917, foram os peritos, medicos do nosso Gabinete Medico-Legal, incumbidos de ir á rua Lopes Chaves, afim de examinar uma mulher, A. A., com 30 annos de idade, branca, portugueza, casada, ahi residente. Suspeitava a autoridade policial que no dia 26-1-1917, ella abandonara o producto da concepção num terreno do bairro das Perdizes. Passaram os peritos ao exame ordenado e investigações que julgavam necessarias, findas as quaes declararam:

Interrogada sobre o facto, A. A., affirmou ser essa imputação uma calumnia, fructo das inimizades com algumas vizinhas suas. Disse no emtanto soffrer de um mal antigo, consistindo no augmento paulatino do volume do ventre, que no fim de 10 e ás vezes 12 mezes attinge seu maximo. Nessa occasião, perde grande quantidade de sangue, perda que se prolonga por espaço de varios dias, e como consequencia o ventre baixa.

Decorrido algum tempo, de novo o ventre se avoluma seguindo o mal, a sua serena evolução. Disse mais, que durante essa phase de augmento progressivo do volume do ventre, não apresenta o corrimento menstrual. O seu estado geral fica ligeiramente perturbado somente por occaião da phase final do processo, sentindo ás vezes no concluir do mesmo, ligeiras dôres no interior do ventre. Referiu ter 4 filhos, datando o ultimo parto ha 4 annos.

Informa que dessa época até o dia do exame, já por 3 vezes o seu mal tem a evolução completa. Dias antes do exame, isto é, aos 23-1-1917, após ligeiro máo-estar, perdeu grande quantidade de sangue, seguindo-se a esta perda, o abaixamento rapido da parede ventral, vindo então a terminar, mais uma vez o processo que então estava no seu auge. Disse que a perda sanguinea, muito abundante no

dia referido, diminuiu nos 4 dias consecutivos, mantendo-se até a data do exame um corrimento que parece, segundo expressão por ella usada: *aguadilha de sangue*. Depois do exame, os peritos concluíram tratar-se de um caso e aborto recente, devendo o producto da concepção ser mais ou menos desenvolvido.

Uma vez estudadas as causas que, de modo geral determinam a denuncia, passaremos aos meios empregados entre nós para a provocação do abortamento.

MEIOS ABORTIVOS EMPREGADOS FREQUENTEMENTE EM SÃO PAULO

Segundo a classificação adoptada pela maioria dos autores, dividiremos os meios abortivos em:

- 1.º — Meios abortivos internos; ou chimicos ou bio-chimicos;
- 2.º — Meios abortivos mechanicos ou physicos;
- 3.º — Meios abortivos psychicos ou bio-dynamicos;

Entre nós se usa com muita frequencia a associação do primeiro ao segundo methodo e que denominaremos de:

- 4.º — Meio abortivo mixto ou mechanico-chimico.

Deixando de lado o modo pelo qual se dá o abortamento, quer pela ingestão de uma determinada substancia, quer pela applicação deste ou aquelle meio, passaremos a enumerar quaes sejam entre nós os meios mais em voga, documentando-os do melhor modo possivel.

MEIOS ABORTIVOS INTERNOS

Entre as substancias mais usadas temos: Os saes de quinino (sulfato ou chlorhydrato), aguardente allemã, pilulas de taurina, decocto de differentes hervas, agua viennense, chá de canella com pinga, diversos preparados de ergotina, sulfato de strychnina, etc.

Saes de quinino: Os mais usados são o sulfato e o chlorhydrato, e o seu emprego raramente determina o abortamento. Possuimos diversas observações em que seu emprego deu resultados positivos e grande numero de casos em que para nada valeu. Citaremos dois casos interessantes:

Observação N.º 1:

M. G., com 27 annos, parda, brasileira, solteira.

A conselho de sua mãe, procurou a parteira M., afim de fazer abortar. Esta lhe administrou diversas capsulas de quinino. Voltando para sua residencia foi acommettida de fortes dôres abdominaes, graves perturbações geraes e veio a fallecer dias depois. A autopsia revelou que a morte se dera em consequencia a uma infecção decorrente de um aborto, sendo qu o fructo da concepção apresentado

aos peritos tinha approximadamente 4 mezes e meio, e não apresentava bem como M. G. vestigio algum de qualquer manobra que tivesse por fim a sua eliminação do ventre materno.

Observação N.º 2:

M. T., com 35 annos, branca, viuva, brasileira.

Estando gravida, e como quizesse esconder o fructo de seus amores illicitos, procurou a parteira Y Esta lhe applicou por diversas vezes, uma sonda molle, sem obter os resultados desejados. Dirigiu-se então a uma Pharmacia proxima á sua residencia e pediu ao pharmaceutico para que lhe desse um bom remedio que a tirasse daquella situação. Este lhe preparou 6 capsulas de quinino, dizendo-lhe para que tomasse uma de duas em duas horas. M. T. não seguiu a indicação, mas tomou as seis capsulas de uma só vez. Momentos depois sentiu fortes dôres abdominaes, tonturas, zoadas nos ouvidos, etc., e abortou.

Aguardente allemã e agua viennense: Estes drasticos são muito usados entre nós. Não ha mulher que, procurando provocar o aborto não tente em primeiro lugar com um destes purgantes. Hoje grande numero de pharmaceuticos, consultados por mulheres gravidas que querem abortar, preparam sem escrupulo, 40 a 60 grammas — verdadeira dose de cavallar — de aguardente allemã ou de agua viennense, accrescentando no momento da entrega: "Pode tomar sem medo, porque este remedio não falha!"

Casos desta ordem ha muitos. Certas mulheres costumam tomar ao mesmo tempo uma dose de aguardente allemã e em seguida algumas capsulas de quinino.

Observação N.º 3:

A. O. N., com 17 annos, solteira, branca, brasileira.

Affirma ter sido deflorada por um individuo seu conhecido, e que ha cerca de 3 mezes não apresenta seu fluxo menstrual. Refere que abortou após ter ingerido diversas capsulas de um sal de quinino e uma dose de aguardente allemã. Pelo exame da paciente, feito no Gabinete Medico-Legal, concluiu-se que ella esteve gravida e apresentava signaes evidentes de um aborto recente.

Pilulas de taurina: São muito usadas entre a gente do povo. Conhecemos diversos casos e entre elles citaremos o seguinte:

Observação N.º 4:

X., com 25 annos, viuva, branca, brasileira.

Amante de um estudante de medicina, e estando gravida de dois mezes e meio, pediu a este qual seria o meio melhor que a salvaria daquella situação embaraçosa. Este, depois de ter consultado diversos livros e ter indagado com diversos pharmaceuticos sobre o medicamento que deveria empregar, escolheu a taurina. Comprou então 4 pilulas dessa substancia e as deu á amante para que as tomasse durante o dia com algum intervallo entre uma e outra. Horas depois de ter ingerido a ultima, teve profusa hemorragia e abortou.

Decoto de diferentes hervas: E' muito empregado entre o povo que vive em contacto com curandeiros e espiritas.

Observação N. 5:

Rosalia G., com 38 annos, branca, viuva, franceza.

Luiz V., tendo conhecimento da morte de sua amante Rosalia, G. accusou a irmã desta, Sophia G., como autora. Segundo sua accusação, e cujas declarações constam no inquerito, esta lhe teria administrado o decoto de algumas hervas, por elle desconhecidas, com o fim de fazel-a abortar. Pela autopsia verificou-se que a causa-mortis fôra uma peritonite generalisada, tendo como ponto de partida uma infecção puerperal. As pesquisas toxicologicas feitas com o fim de se determinar a substancia empregada nada revelaram.

Chá de cannella com pinga: Entre o vulgo é tido como um optimo abortivo e por isso é muito empregado. Ao que parece, neste caso a substancia activa é o alcool.

Observação N.º 6:

P. A. C., com 22 annos, branca, brasileira, casada.

Trata-se de uma mulher de constituição forte. Tanto ella como seu marido, negam todo e qualquer accidente venereo-syphilitico. Estando gravida de 2 para 3 mezes, e sabendo por intermedio de algumas amigas, que na occasião do parto iria soffrer muito, resolveu abortar. Para isso preparou e ingeriu uma forte dose de chá de cannella com pinga. Tres quartos de hora depois sentiu fortissimas dôres abdominaes, seguidas de grande hemorrhagia uterina e abortou. Como a hemorrhagia fosse intensa recorreu á Assistencia, que a removeu para a Maternidade.

Preparados da ergotina: Raras são as mulheres chics e cocotes que não conheçam um preparado que contenha essa substancia. Entre elles o mais usado é o Ergo Apiol Schimith. Um nosso amigo, distincto clinico desta capital, nos relatou, além de outros, o caso de uma conhecida que, apezar de seus conselhos, mostrando-lhe os perigos, o emprega com relativa frequencia. Essa mulher, basta notar o atrazo de alguns dias no apparecimento de sua menstruação para tomar algumas pilulas.

Sulfato de strychnina: Por informações de diversos medicos soubemos que esta substancia é tambem empregada com certa frequencia. A observação que reproduzimos não é de abortamento criminoso, mas é o unico caso que possuímos, o que mostra muito bem a acção da strychnina.

Observação N. 7:

M., casada, branca, com 31 annos de idade.

Estando um pouco adoentada procurou seu medico assistente e este, depois de tel-a examinada convenientemente, receitou-lhe 2 granulos por dia de sulfato de strychnina na dose de 0,001 milligramma

cada um. Momentos depois de ter tomado a segunda dose sentiu-se mal, teve diversas contracções musculares, dôres no ventre e em seguida sobreveiu uma hemorragia uterina abortando. O producto de concepção sahi em blocco e regula ter mais ou menos quatro mezes e meio. Como a photographia do feto nos foi impossivel por se achar ainda dentro das membranas, pedimos ao collega Doutorando José C. Campos se lhe era possivel tirarmos uma radiographia. A figura ao lado é muito clara mostra muito bem a forma e tamanho da placenta e ainda melhor o esqueleto do feto. (fig. 1).

MEIOS ABORTIVOS MECHANICOS

Podemos reunir os meios abortivos mechanicos na chave abaixo:

Meios abortivos mechanicos	}	1) Directos — golpes no abdomen.	
		2) Applicados na vagina	{ Tamponagem da vagina. Lavagens vaginaes. Cauterisação do collo.
		3) Agindo na cavidade cervical (dilatação)	{ Por meio do dedo " " de uma sonda. " " " " esponja. " " " " laminaria.
		4) Agindo na cavidade uterina	{ Puncção das membranas. Descollamento das membranas. Raspagem uterina.
		5) Meios thermicos.	

Meios directos: Constituem estas manobras, em golpes exercidos sobre o utero, através da parede abdominal (ponta-pés, choques, etc). São muito raros. De um modo geral pode-se ter uma ameaça de aborto que depois cessa, ou mesmo alguns signaes qu em nada vêm prejudicar a gestação.

Meios applicados na vagina: Dentre as tres variedades que constam na chave acima, os mais communs são: as lavagens vaginaes e cauterisação do collo. Tanto o primeiro como o segundo muito raramente dão o effeito esperado. Como prova citaremos dois casos em que essas manobras apesar de serem praticadas com certa technica e constancia foram sem resultados.

Observação N.º 8:

Z. . ., com 20 annos, branca, brasileira, solteira.

Estando grávida de dois mezes e como quizesse esconder, á familia, o fructo de sua leviandade, procurou abortar empregando diversos meios. Praticou diversas vezes por dia e por dias seguidos lavagens vaginaes com agua iodada em temperatura acima de 37 graus, sem conseguir o que desejava. Decidiu então procurar uma parteira, a qual, por meio de uma sonda, a fez abortar.

Observação N. 9:

M. C., com 21 annos, branca, solteira, portugueza.

Quando empregada em casa de uma familia foi desvirginada por seu patrão, tornando-se seu amante durante mezes. Como estivesse grávida, procurou uma pessoa entendida no assumpto, afim de que a fizesse abortar. Refere que essa pessoa praticou por diversos dias cauterisações do collo do utero com um medicamento por ella ignorado, mas muito caustico. Apesar do emprego repetido desse methodo não obteve os resultados desejados.

3.º — *Manobras que agem na cavidade cervical*: Entre as parteiras que não têm o minimo escrupulo na pratica do abortamento criminoso, e que fazem desse crime um meio de vida, as manobras preferidas são as de efficacia segura, de execução relativamente facil e que não deixam vestigios. Essas manobras são as seguintes: Dilatação da cavidade cervical por meio do dedo, sonda, laminaria ou esponja, puncção e decollamento das membranas do ovo e raspagem uterina. As tres ultimas são as mais em voga entre nós, sendo que a raspagem uterina é feita por parteiras muito praticas e por certos medicos.

Dilatação da cavidade cervical: E' feita por um dos processos que acabamos de citar. A's vezes são usados instrumentos cirurgicos mais ou menos adaptaveis.

Esta operação por si só não é sufficiente para determinar o abortamento, o qual só se dá quando é attingida a membrana do ovo. Nós a vimos empregar como operação preparatoria para o descollamento, puncção das membranas ou raspagem uterina.

Observação N.º 10:

E. M., com 33 annos, casada, branca, domestica, brasileira.

Refere que ha tres mezes mais ou menos, por soffrer de um corrimento uterino procurou uma parteira, com o fim de se sujeitar ao tratamento que seu mal requeria, e esta, verificando que a paciente além de estar doente estava grávida, aconselhou-a a provocar o abortamento, allegando que o seu estado de saude não permittiria que a gravidez fosse a termo. Fez-lhe diversos toques e o abortamento se deu horas depois.

Tratando-se de uma multipara parece-nos que neste caso tenha havido descollamento das membranas, em vista da grande facilidade com que se deu a passagem do dedo pelo orificio do collo.

Oservação N.º 11:

M. C., com 21 annos, branca, solteira, portugueza.

E' o mesmo caso que citamos acima, quando nos referimos á cauterisação do collo do utero. A pessoa que M. C. procurou para fazel-a abortar, empregou diversos meios e entre outros fez tambem uso de uma laminaria e de sondas de diversos calibres, e mesmo assim não conseguiu seus intentos.

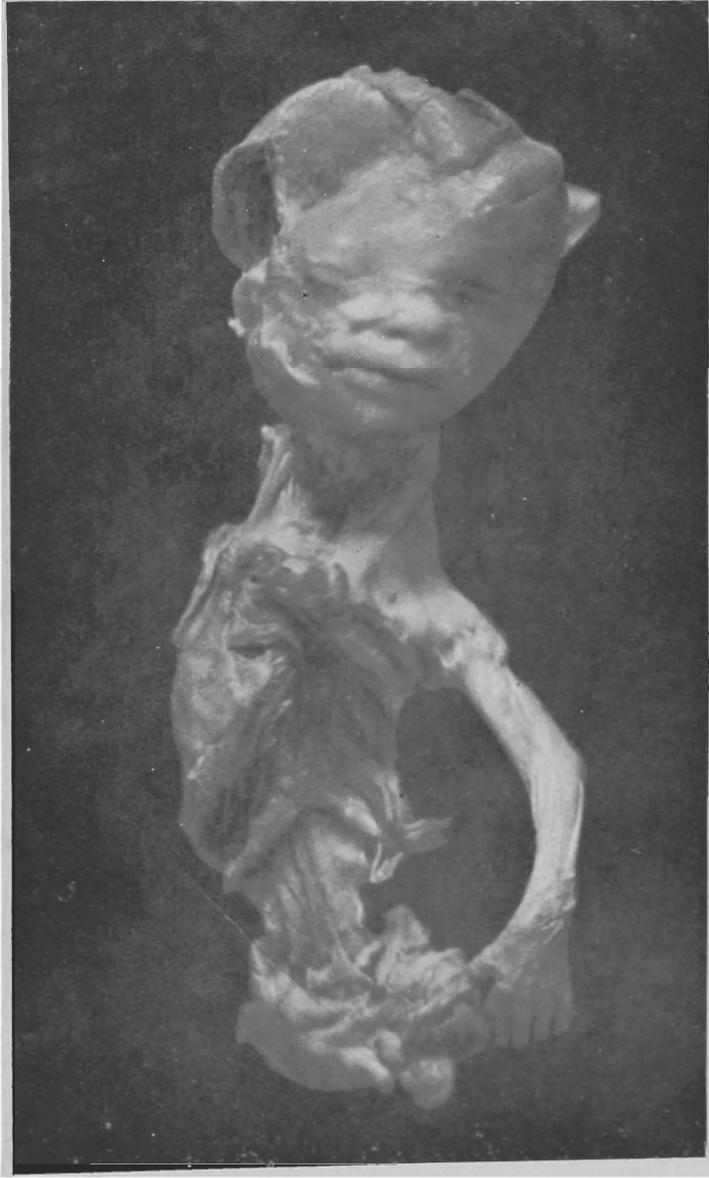


FIG. 1

Meios que agem na cavidade uterina: Temos a punção ou o descollamento das membranas e a raspagem uterina.

Punção das membranas do ovo: E' feita com o fim de se determinar a sahida do liquido amnico, de modo que pelo seu parcial esvasiamento o utero se retrae e por conseguinte nelle se provocam contracções uterinas por meio das quaes se effectua o trabalho expulsivo. A sahida do liquido amnico pode ser determinada pela introdução no canal cervical, de pinças, sondas de borracha, fios de arame, espeto de roseira, ou mesmo um dedo, etc.

Grande numero dos abortamentos criminosos entre nós são provocados por esse meio.

Por meio de uma sonda:

Observação N.º 12:

Z. . ., com 20 annos, brasileira, solteira, branca.

Estando gravida de dois mezes, e não conseguindo abortar depois de ter feito uso de diversos meios, procurou uma parteira. Esta lhe introduziu uma sonda na cavidade uterina, dando em resultado immediatamente a sahida de certa quantidade do liquido amnico. Dez a doze horas depois abortou.

Por meio de um fio de arame:

Observação N.º 13:

M. . ., 27 annos, preta, brasileira, casada.

Por instigação de seu amigo, empregou diversos meios para se fazer abortar. Como não obtivesse resultado, e ouvindo dizer que o melhor meio seria o de se introduzir uma sonda ou qualquer instrumento no utero, quiz tentar. Para isso arranjou um fio de arame e procurou introduzil-o no collo do utero. Dias depois sobreveiu uma metrite agura e abortou. Removida para a Maternidade lá ficou em estado grave durante muitos dias e conseguiu salvar-se.

Espeto de roseira:

Observação N.º 14:

Caso relatado pelo Professor Raul Briquet:

X., syria, parteira.

Como estivesse gravida e não quizesse mais ter filhos achou conveniente abortar. Como na occasião, no local onde se achava não conseguisse o material necessario, para isso preparou um galho de roseira, afilou uma de suas pontas e o introduziu no utero, perfurando-o. Disso sobreveiu uma grave peritonite e a morte. Feita a autopsia, encontrou-se no utero uma perfuração na face externa do collo, indo até á cavidade uterina e dahi se continuando na parede do fundo do utero até a cavidade peritoneal.

Descollamento das membranas do ovo: Pode ser feita pelo proprio dedo ou por instrumento introduzido no utero de modo a não perfurar a membrana. Empregam-se injecções intra-uterinas de li-

quido em discreta pressão ou longas sondas de borracha flexiveis, tendo-se o cuidado de deixar uma parte della para fóra do collo, presa a um tampão de gaze ou algodão.

Injecções intra-uterinas:

Observação N.º 15:

Maria D., com 27 annos, casada, brasileira, branca, engomadeira.

Ha 6 mezes está separada de seu marido. No mez de Agosto do corrente anno foi a Santos, onde conheceu um rapaz, com o qual teve relações sexuaes. Nos ultmos dias do mez de Setembro notou que estava gravida. Procurou uma parteira, que depois de ter confirmado esse estado, aconselhou-a para que abortasse, ao que ella consentiu. Para conseguir o abortamento, foi feita uma só lavagem intra-uterina com agua iodada.

Por meio de uma sonda flexivel:

Observação N.º 16:

Amelia G., com 23 annos, casada, branca, brasileira.

Refere ter procurado uma parteira, afim de se fazer abortar. Esta lhe applicou por diversas vezes uma sonda flexivel de borracha, durante duas semanas seguidas, retirando-a e applicando-a de 24 em 24 horas. Só depois da terceira semana abortou, mas teve graves complicações para o lado do endometrio, que a obrigaram a guardar o leito por muitos dias.

Por meio de pinças:

Observação N.º 17:

Devemos esta observação á extrema gentileza de nosso amigo Dr. Rebello Netto.

B. G., com 16 annos de idade, brasileira, branca, solteira:

Indo á casa de uma parteira afim de se fazer abortar, esta a collocou sobre uma mesa de operações, introduzindo-lhe nos órgãos genitales uma sonda de borracha. Voltou com essa sonda para casa e 24 horas depois dessa manobra como sentisse dôres insupportaveis no baixo ventre, voltou á residencia da parteira, a qual collocando-a na mesma mesa da vespera, fez-lhe por meio de pinças uma operação demorada e dolorosa, terminando por extrahir de dentro dos órgãos genitales o feto que se acha reproduzido na fig. 2. Apresenta-se esse feto muito dilacerado; faltam-lhe, o membro superior direito arrancado ao nivel da articulação escapulo-humeral, os membros inferiores arrancados em totalidade, todo o lado direito do arcabouço costal e todas as visceras thorace-abdominaes. O craneo apresenta uma fenda abrangendo o temporal e parietal direitos, pelo qual sahe a massa encephalica.

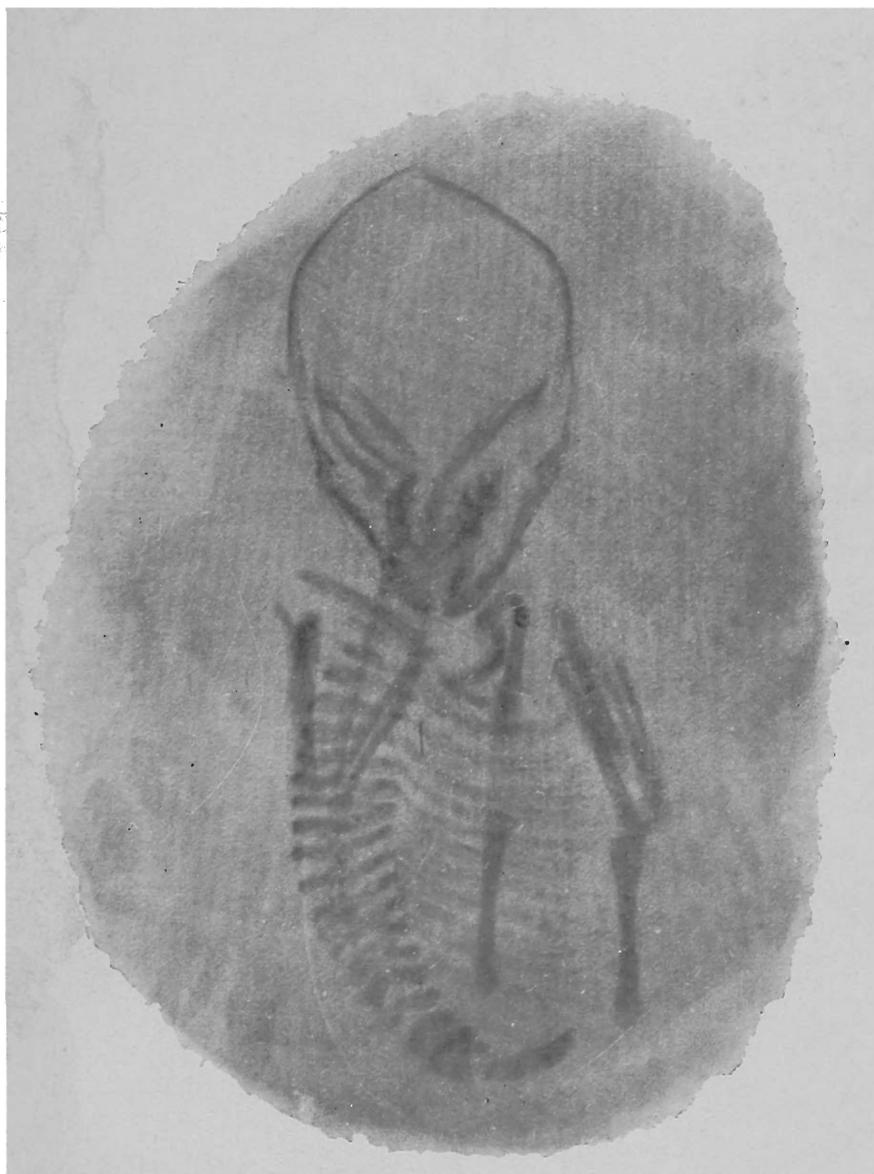


FIG. 2

Raspagem uterina: E' empregada quando se trata de uma gravidez nos primeiros mezes.

5.º — *Meios thermicos:* Antes de recorrer ás especialistas em abortamento, as mulheres gravidas que desejam abortar recorrem a esse meio. São muito usadas as bolsas de gelo, bolsas de agua quente, cataplasmas, etc. sobre o ventre.

MEIOS ABORTIVOS POR MANOBRAS MIXTAS OU MECHANICO-CHIMICO

Constam na administração de uma substancia qualquer tida como abortiva, tal como um dos saes de quinino, aguardente, etc., e que as abortadoras ou abortadores lhes attribuem a propriedade de tornar mais permeavel o collo do utero para depois collocarem a sonda de borracha, ou fazer a lavagem intra-uterina. Temos notado uma certa supremacia no emprego deste methodo sobre os outros, é um dos mais usado e rara é a parteira que não faça sua apologia.

LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

SULFOMERCOL

Sulfureto de mercurio colloidal

O Sulfomercol é fornecido em caixa de 12 empolas de 1 ou 2 cc. Cada cc. contém grs. 0.01 de sulfureto de mercurio chimicamente puro.

SULFOMERCOL I. — Ampollas de 1 cc. que deverão ser empregadas para os tratamentos anti-syphiliticos communs, especialmente nas pessoas fracas e nas mulheres. Nas creanças injectar-se-á somente 1/2 cc.

SULFOMERCOL II. — Ampollas de 2 cc. reservadas aos casos graves e nos quaes se necessita de um tratamento mais energico devedendo-se usal-as somente nos adultos.

O exame medico pre-nupcial

Considerações feitas pelo dr. Paulo de Godoy, em sessão da Sociedade Arnaldo Vieira de Carvalho.

OS individuos, como os povos, são responsáveis pelas gerações que os seguem.

O homem, elemento de um grupo, função do corpo social, tem um dever biologico: após ter participado no progredir da humanidade, após organizar-se, eugenizar-se physica e mentalmente, só então, deveria poder criar novos sêres, novas vidas, productos seus, que continuariam o progresso incessante da vida humana. Quando um homem se alcooliza, fuma opio, se embebeda com ether, se intoxica pela cocaina, quando se expõe voluntariamente á syphilis, não commette apenas um attentado contra a sua propria pessoa, contra a sua vida; mas prepara uma hereditariedade lamentavel de degneerados, de des-equilibrados, de tarados, de criminosos.. E' o responsável pelos attentados contra a Sociedade, commettidos pelos seus filhos e netos. Falta, assim, ao mais imperioso dos deveres sociaes: a preparação da hereditariedade do individuo.

* * *

Nas sociedades rudimentares e nas especies animaes a natalidade depende unicamente das leis naturaes e do instincto genesico. E' a procreação inconsciente que abastarda e degenera a raça. Nas sociedades mais elevadas, onde ha o espirito da raça e o sentido social, o Estado se interpõe entre estes factores elementares, vigiando de um lado a creança e a mãe, de outro, a vontade intelligente no amor. Ao mesmo tempo salva a familia das leis naturaes e o individuo da fatalidade instinctiva.

Sob o reino do instincto a natalidade pode augmentar, mas será sempre mediocre, inutil, inferior. Sem valor productivo, incapaz de vencer e progredir. Os seus elementos serão "deficits" para a nação. Quando a vontade e a intelligencia disciplinarem o amor, a natalidade poderá abaixar, mas teremos sómente elementos sadios, eugenicicos, capazes de vencer, produzir e civilizar. São valores.

No Brasil, si precisamos vitalmente de braços, devido ao immenso territorio que temos, não se segue o descaso pela natalidade viciada e tarada, nem a permissão para a entrada de immigrants de toda a especie sem um prévio controle, como prescreve o projecto Alfredo Ellis.

A nossa terra, moça, de rythmos livres, ainda inculta, precisa e deseja e solicita homens fortes como ella para juntos caminharem e progredirem.

Ahi um grande problema brasileiro: eugenizar as gerações, protegendo a creança desde o utero materno e escolher cuidadosamente os seus immigrants.

* * *

A civilização tem precisamente por effeito substituir a intelligencia pelo instincto. O amor, embora sendo o instincto mais difficil e o mais lento a vencer-se, não poderá escapar a este progresso. E' a Eugenia moldando o instincto genesico e plasmando gerações.

FUNDAMENTO RELIGIOSO DA PROCREAÇÃO

Os chinezès crêem na necessidade de filhos para se occuparem da sua sepultura após a morte. Segundo a crença chinesa, o morto terá tanto mais felicidade no tumulo e na vida de além, quanto mais larga fôr a sua posteridade. Temendo morrer prematuramente e sem descendentes que cuidem da sua sepultura, o objectivo do chinez nesta vida é sómente preparar a outra, isto é, proliferar. . A familia chinesa é toda religiosa e sua fecundidade toda mystica. Por isso, quaes sejam as condições economicas e o systema social em que se metta um chinez com o seu rabicho; seja um tarado, um syphilitico ou um degenerado, pouco importa, o chinez prolifera fantasticamente. Simplesmente em virtude de razões religiosas. Na terra do rabicho a natalidade se revela como funcção da religião familiar. Essa procreação cega, mystica, anti-social, se realiza como a dos nossos "ancilistomos": com uma inconsciencia lamentavel e perigosa. Aqui a geração dos ancilostomos invade o duodeno dos nossos caboclos, tornando-os amarellos, opilados, indolentes. Lá, com a successão de gerações aneugenicis, temos essa raça amorpha, opaca, separada da civilização pela eterna muralha chinesa.

Será que nesta terra verde-amarella, illuminada por um sol perpendicular, ainda em ebulição, na crystalização protoplasmatica da sua raça e da sua individualidade, se queira collocar os dogmas da religião acima da evolução e da Eugenia? Será possivel continuarmos a procrear como ancilostomos e chinezes, sem o controle da sciencia, sem a vigilancia da Eugenia?

PAPEL SOCIAL DO AMOR

Os psychologos, os moralistas e os literatos vivem preocupados com o amor. Falta-lhes, porém, uma definição exacta do amor para a apreciação sociologica da sua influencia sobre a evolução dos costumes, das leis e sobretudo da população, o que particularmente nos interessa neste momento. Mas o que é o amor? Para defini-lo precisarei fazer uma comparação. Ribot, descrevendo o phenomeno da atenção, momento em que todas as idéas e todas as impressões se fixam num ponto unico, denominou-o "monoideismo". Ora, na ordem affectiva não encontramos phenomeno semelhante no amor? O homem que não ama deseja todas as mulheres e procura possuir mil braços, mil boccas, como dizia Maupassant, para usufruir todas: é o D. Juan elementar em que no amor apenas lhe seduz a conquista, o exercicio da sua força, o sentimento de dominio. Quando, porém, sómente uma mulher o attrae, este sentimento dispersivo se fixa e temos o desejo exclusivo dum homem por uma unica creatura. Esta fixação do desejo, esta fascinação dos sentidos, este estado de inibição sexual, — eis o amor. O amor é um estado de "monodesejo". Esta explicação será rude, mais precisa e biologica. Póde-se admirar nesta fixação do desejo a mais alta e a mais humana evolução do instincto: o homem amoroso se encontra no ponto o mais afastado da animalidade. Em linguagem scientifica poderia dizer que elle é sexualmente o mais diferenciado dos animaes. Este estado sexual, este monodesejo, esta alta cultura sentimental, acarreta uma forte concentração de energia vital, uma imaginação mais quente, uma mais rica potencia de criação artistica e de radiação esthetica. E' este o amor que tem gerado grandes homens e bellos genios. E' uma força que exerce grande influencia no destino da humanidade. Não pertence apenas aos poetas. Mas, principalmente aos psychiatras, aos médicos e aos eugenistas. Porque nada mais perigoso e nocivo á sociedade que este potencial de energia dispendido na criação de organismos tarados, cacogenicos, inuteis, aneugenicos. Este monodesejo que leva o homem ao acto nobre da fecundação deverá ser a harmonia do prazer e da vontade, o equilibrio entre a intelligencia e o instincto. Este amor, este desejo realizado teria a sua grande alegria, a sua verdadeira finalidade, na criação de um sêr bello, sadio, physica e mentalmente eugenizado. Ao amor inconsciente e degenerado, vasio e passional, que num espasmo furioso, espalha pela sociedade a doença, a miseria, a dôr, o crime, deve ser proscripto o direito de procreação.

Em nosso meio, para onde se deslocam, em massa, gentes de todas as origens e de todos os valores e onde o problema da natalidade ainda não foi organizado, faz-se mistér que, ao contrario dos chinezes que se multiplicam fabulosamente por razões religiosas, a função reproductora seja regulada segundo os ditames da sciencia, seja refreada quando nociva ao individuo e á raça. Em uma palavra su-

bordinar-e o problema sexual á intelligencia e não sómente ao instinto. O amor será então sempre saúde, belleza e intelligencia e não sómente libido animal, a cubiça egoista e nefasta para a raça.

Paiz de immigração, na confusão cosmica de sangue de todas as procedencias, contaminados por fermentos os mais variados, temos por finalidade immediata orientar scientificamente a sua formação, providenciar para a sua eugenição. Ha uma necessidade imperativa de valorizar-se o homem brasileiro, crystallizando-o na atmosphaera vital em que vive. Para conseguirmos isso é fundamental a protecção das gerações, a defesa da criança, desde o utero materno. Em substancia, é o problema da reproducção. Precisamos defender a criança, impedindo que os tarados e degenerados procreiem. E' a obrigatoriedade do exame pre-nupcial. E' a existencia duma carta de saúde a todo pretendente ao casamento. O exame pre-nupcial é a prophylaxia da decadencia da raça.

* * *

Num discurso pronunciado em 1926 na Sociedade de Eugenia de França, conta Louis Forest que certa vez, visitando a Normandia, foi convidado por um grande criador de cavallos para visitar o seu haras. Na visita, o criador lhe mostrou admiraveis typos de animaes, cuja genealogia conhecia desde a 5.^a geração. Explicou com minucioso detalhe como escolhia os typos reproductores: uma magnifica selecção eugenic. Relatou com particularidades como preparava o animal para a reproducção, o que só era permittido aos typos perfeitamente seleccionados. Desse modo conseguiu o criador melhorar, apurar e embellezar a raça dos seus cavallos. Mas, particularidade interessante: entre a comitiva que visitava o haras se via a filha do criador, uma loura e galante moça, de braço dado com o seu noivo, individuo feio, myope, atrophiado, physionomia doentia e. claudicando duma perna!!

Eis ahi como um pae, grande criador de cavallos, apaixonado pelas idéas da selecção e da melhora da raça cavallar, entregava a sua filha a um homem tarado e deformado, menosprezando a sua propria raça!!.

Si assim é na França e em outros paizes, tambem no Brasil se seleccionam cavallos e touros, mas não se pensa na selecção do homem, na selecção do elemento vivo e productivo da nação. Não podemos seguir os paizes velhos que depois de decadentes procuram re- moçar-se. O Brasil, paiz novo, precisa de gerações eugenic, sadias, physica e mentalmente, para levantalo forte e magnifico no continente americano. Do contrario, sem cuidarmos da natalidade, sem protegermos a criança, formaremos um povo tropego e fraco, incapaz de viver, de caminhar, de melhorar, de progredir.

* * *

Em S. Paulo, num movimento magnifico de caridade, de bondade e de philantropia, a sociedade e a imprensa cerraram fileiras em defesa dos filhos dos lazarus. E' uma campanha grandiosa que empolga e conforta. E ahi temos o asylo Santa Therezinha de Jesus que recolhe e trata e educa os filhos dos leprosos.

A victoria dessa campanha revela bem a revolta do sentimento humano contra essa fatalidade negra e sinistra que é a decadencia e a morte da criança ao nascer, que é o estygma indelevel gravado pelos paes doentes na geração que os segue.

Mas não é só o filho do lazaro que clama e implora o soccorro da sciencia, do Estado e da sociedade.

E o filho do syphilitico, deformado, inutil, decadente, imbecil?

E o filho do alcoolatra, amoral, delinquente, pervertido?

E os filhos do epileptico, do gonococico, do demente, do tuberculoso, do degenerado, elementos estiolados por uma tara maldicta que os levarão á morte e á miseria physica e moral quando não os lancem ao crime e ao roubo.

Esses elementos humanos, esses recém-nascidos que trazem ao sahir do utero o estygma da morte, do vicio, da miseria, do crime, clamam e gritam, como o personagem de Ibsen, contra esses progenitores inconscientes e muitas vezes conscientes, que criaram e formaram com o sangue do seu proprio sangue, não a vida, a belleza, a intelligencia, a saúde, a força; mas a doença, a miseria, a decadencia, a cacogenia.

Será humano e moral deixar o homem procrear ao léo do instincto e do interesse? Será logico e racional que o homem que dinamiza a materia inerte e modela a substancia viva de tantas especies animaes, se declare incapaz de melhora e progresso quando se trata da sua propria raça?

Incumbe ao Estado zelar pela saúde do povo e principalmente cuidar das gerações vindouras, das cellulas vivas que formarão o Brasil de amanhã. Não sómente criando hospitaes para os doentes, não sómente edificando penitenciarias para a regeneração dos criminosos e degenerados. Não. Hodiernamente a função do Estado é mais elevada. E' sua missão impedir a procreação dos degenerados, dos tarados, dos decadentes, dos inuteis. A' sciencia não compete apenas regenerar e curar. O papel da medicina não é apenas receitar purgantes e pillulas sedativas ou extirpar um orgão doente. Mas impedir a doença, prever o mal. E' a prophylaxia, parte da hygiene que mais valor traz á sociedade e ao progresso do paiz. Ha a prophylaxia de tantas molestias, o que se exerce e se pratica em todo o centro civilizado e portanto tambem no Brasil.

Mas o que não se faz em todo o mundo, o que não se faz neste Brasil moreno e sensual, nesta S. Paulo que é uma força em marcha, intelligencia e acção, o que aqui não se faz é a prophylaxia do mau nascimento, é a prophylaxia da decadencia da raça.

“Os filhos, capitaes vivos da nação, elementos dynamicos da nacionalidade em formação!!! Protegel-os desde o ventre materno, impedindo as más gerações, é dever social de todos os povos que almejam vencer, conquistar e dominar, que aspiram ser um numero expressivo e real na equação cosmica. Do contrario, serão esses povos meros denominadores communs.

Assim escreveu Jean Richepin:

“L’homme ne doit plus être dans l’avenir le fils du hasard qui lança un spermatozoide aveugle dans l’ovaire”

O procreador, o pae, precisa ter consciencia da sua responsabilidade perante a sociedade e a raça; respeitar a próle; saber que é um crime procrear creanças com sangue viciado, gerar fadados á decadencia organica, á alienação mental e á criminalidade.

Perpetuar a especie é uma funcção nobre e magnifica. E’ a suprema funcção. Não é o espasmo de degenerados, não é espalhar pelo mundo vagabundos, inuteis, tarados. Não se deve, assim, permittir o casamento a todos; mas só áquelles aptos á bôa procreação, aos capazes de criarem uma próle sadia e util e productiva ao paiz. Para conseguirmos isso é indispensavel a instituição do exame pré-nupcial obrigatorio” (1).

* * *

Nenhuma molestia fez até hoje maior mal á familia e á sociedade do que a syphilis, pois rouba a luz dos olhos de uma creança; amputa o cerebro de um pensador, arqueia e deforma os ossos da infancia, desfeia-lhe a face ou a enjiba até a monstruosidade. Brutalmente invasora, atravessa gerações. E’ cosmopolita. Pois até hoje em nosso paiz, como em outros mais, se consente na transmissão dessa molestia comprovadamente hereditaria! Os syphiliticos em estado de contagio se casam e se reproduzem com ironica liberdade.

Nas sociedades sem o exame pré-nupcial a syphilis atravessa o seu ciclo medonho: da prostituição e da ralé passa para a alcova nupcial, determinando próles mirradas e tropegas e agindo, consequentemente na formação de um povo fraco e enfermiço. Daqui se levanta imperativamente a necessidade da instituição do exame pré-nupcial obrigatorio, como elemento de grande importancia para a defesa da raça e da sociedade.

Mas num quadro rapido bosquejemos um exemplo.

Eis uma moça sadia, bonita, alegre. Casa-se com um rapaz que apenas se tratou (ou nunca se tratou), superficialmente da syphilis que o atacára quando moço.

(1) *Eugenia e Selecção*—Paulo de Godoy—1926.

Passa o periodo babado da lua de mel. E logo depois a mulher já se queixa de fadiga, abatimento, dôres de cabeça, principalmente nocturnas. Anemia. E' a syphilis que começa a sua obra nefasta. E na sua complexa variedade, ferindo varios orgams, suga vagarosamente a sua victima. E' o aneurisma da aorta, é a ataxia, é a paralysisa geral, é a demencia. E essa mulher que se casou para encontrar amor e felicidade é lançada num hospicio. Mas supponhamos que não appareçam essas terminações fataes. Bello sonho de solteira essa mulher aspira a ser mãe. Sente-se grávida. E' uma louca alegria que enche todo o seu coração. Mas, repentinamente, aborta de 4 mezes.

2.^a gestação, aborto de 5 mezes. 3.^a gestação, parto prematuro ou a creança nasce a termo, mas não vive que algumas horas. Isto é um acontecimento commum.

Isto é o que nos relatam 40 % das doentes que procuram o Ambulatorio da Clínica Ginecologica da Faculdade de Medicina, onde trabalhamos.

Mas, voltemos á nossa infeliz mulher syphilisada pelo marido. O tempo chega a attenuar a virulencia da molestia após uma série de abortos, partos prematuros e creanças nati-mortas. E a infeliz esposa termina por ter filhos.

Mas que filhos!!

São creanças com estado geral precario. A face é rigida, idiotizada. O corpo magro, descarnoso. Ao nascer apresentam tosse, secreção purulenta ao nariz, coriza, convulsões, epistaxis, placas, calefrios. Os ossos são mal soldados, facilitando as fracturas. Com a idade vemos as alterações morphologicas do esqueleto, verdadeiros estigmas dos heredo-syphiliticos, como exaggero das bossas frontaes, parietaes hipertrophizados, fronte olympica, escavamento ojival da abobada palatina, vicios de dentição. Nariz achatado na base, o chamado "pé de marmitta" O treponema formigando no sangue e nos orgãos temos perturbações circulatorias (estenose mitral, molestia azul, etc.); respiratorias e de desenvolvimento, produzindo o raquitismo. São perturbações trophicas e dystrophicas. O heredo-syphilitico é uma figura grotesca: cabeça disforme e grande, face inexpressiva, amorpha, pernas tortas, encurvadas. Mas, ao lado das taras physicas temos as perturbações nervosas, as verdadeiras taras moraes.

Os filhos de paes syphiliticos são mentalmente inferiores, passando desde a imbecilidade completa até a simples difficuldade de acompanhar um curso, de seguir uma explicação. São dispersivos, abobados. Ademais, têm um character bizarro, phantastico. São in-submissos, vagabundos. São intelligencias tardias, imbecis, pesadas, apoucadas, incapazes de agir, de pensar, de criar, de realizar.

Com tal psychismo são levados á vagabundagem, á gatunagem, á perversões de toda a ordem. Dessa especie será a geração de ama-

nhã si não cuidarmos do problema da natalidade, si não exigirmos a obrigatoriedade do exame pré-nupcial.

E a pobre mulher que se casa nessa fagueira esperança de ter filhos sadios e inteligentes que seriam a sua alegria e o seu orgulho, vê na sua descendencia sómente motivos de desespero, de dôr, de tristeza, de cruéis decepções!! E' a syphilis destruindo e arruinando a familia; é a syphilis attingindo a raça, que degenera e abastarda. Eis aqui, em pinceladas rapidas, o calvario conjugal de toda a mulher que se casa com um luético.

Mas, senhores, um mal que attinge um terço da população adulta; um mal que se transmite á descendencia seja sob a forma infectiosa, seja sob a forma de taras tão numerosas quão variadas, de que as mais leves e superficiaes nullificam o valor social daquelle que é attingido; um mal que projecta o seu estigma sinistro até a 3.^a geração e talvez mais, isto é, que tende a destruir a raça como o individuo, é bem um mal que precisa ser vigiado e seus portadores impedidos de o disseminar. Emquanto o individuo syphilitico não estiver curado e portanto inoffensivo á progenitura, impõe-se implacavelmente a prophylaxia hereditaria. E aqui não ha de limitar-se o medico a prescrever philosophicamente remedios contra o mal humteriano, muita vez latente, mas exercer a sua influencia no sentido de evitar o casamento ou condicional-o á prévia obtenção de uma carta de saúde. E' imperioso, como ensina Fournier, interdizer formalmente a paternidade: "Pas d'enfant jusqu'a nouvel ordre, vous m'entendez bieu: evitez á tout prix que votre femme devienne enceinte" Á hereditariedade syphilitica deforma e mata quasi todas as creanças, affirma o prof. Neumann.

Até quando ha de se permittir que os syphiliticos gravem na sua descendencia a impressão sinistra da sua desgraça, da sua miseria, da sua decadencia?! Confinando com a syphilis temos o alcoolismo, que determina na descendencia manifestações morbidas insanas no dominio das degenerações. Multi-natalidade, multi-mortalidade caracterisam as familias de alcoolatras. As creanças que escapam da morte, são sujeitas a convulsões, são debeis mentaes ou se tornam pervertidas.

Sobre 100 filhos de alcoolatras, Legrain notou 30 beberrões, 50 imbecis, debeis mentaes, 10 criminosos, 20 epilepticos, 22 alienados e 14 tuberculosos.

Estudosmeticulosos de Cramer demonstram que os estados psychopaticos juvenis se encontram sempre associados a certas deturpações sociaes, como gatunagem, mendicancia, vagabundagem, violencia carnal, etc. Taes individuos consubstanciam, numa feliz expressão de Pankow, os recrutas tardios dos delinquentes communs.

O alcool é o typo do veneno ethnico. O alcoolismo não confina no individuo a sua acção pathologica. E' uma molestia que se pro-

longa, transformada, através da descendencia, projectando sobre a raça a sua sombra maldita, gravando-lhe a sua impressão sinistra.

A causa das causas da loucura é a herança, diz Trelat. A tara mental, affirma Morel, desce na corrente hereditaria, aggravando-se de geração em geração. Aos membros de taes familias, gravados com estigmas taes, deve ser proscripto o direito de perpetuar a especie.

Para illustrar a importante questão da herança pathologica, quero citar o caso da familia Jukes, citado por Pelmann. Ada Jukes espalhou uma próle miseravel e degenerada: de 834 descendentes, 300 foram inviaveis, nati-mortos, 60 foram ladrões habituaes, 142 vagabundos e inuteis, 181 prostitutas, 64 asylados, 76 delinquentes, dos quaes 7 homicidas. Esta próle degenerada custou ao Estado cerca de 10 milhões de marcos.

Com o exame pré-nupcial quantos maleficios seriam evitados á civilisação e á sociedade!!

Longe iria si entrasse na discussão de outras taras morbidás. As que ahi estão, negras nas suas côres, demonstram eloquentemente a sua influencia na constituición da sociedade.

Cumpra a todo custo evital-as, coactando, por esta forma, o territorio foreiro á degeneração da raça, na affirmação imperativa de Francisco de Castro.

* * *

E' necessario exigirmos o exame pré-nupcial como elemento de defesa da raça e da sociedade.

A Eugenia edificada numa moral social, biologica, pretende evitar os máus nascimentos de maneira tal que não determine a producção de um filho defeituoso ou degenerado, mas a producção de elementos sadios, eugenicos, uteis ao paiz e á collectividade.

Não se deve reconhecer a ninguem o arbitrio de descarregar na sociedade os estigmas paternos, gerando filhos que não podem viver, creando organismos doentios e degenerados, gerando cerebros não criadores de civilização, mas pervertidos e propensos ao crime e á amoralidade.

O Estado, escreveu Vauban, não tem interesse na multiplicação dos ociosos.

Hoje affirmamos mais. Contra esse pulular de criaturas invalidas, condemnadas a uma vida miseravel e inutil, o Estado tem mais que um interesse, tem o dever de isolal-as e impedir a sua procreação. Depois, cada uma dessas gerações definhadas, caqueticas, que passam blasphemando pela vida, não a deixa, por via de regra, tão cedo, que não nos legue a herança da sua decadencia em filhos des-

tinados a aggraval-a, degenerando cada vez mais a substancia commum. Assim a soluçãõ mais satisfactoria do problema da populaçãõ nãõ é em confiar nos meios naturaes de selecçãõ, vagarosos como carro de boi, mas em controlar eugenicamente os nascimentos. No interesse da raça brasileira que se caldêa e se delinea é imperativa a instituicãõ do exame pré-nupcial, impedindo a procreaçãõ dos tarados, dos degenerados, dos inuteis, dos cacogenicos. Daqui lançamos um apello aos legisladores brasileiros para que criem essa lei áurea que é a obrigatoriedade do exame pré-nupcial, como condiçãõ indispensavel para o casamento. Essa lei, certamente, viria dinamizar as forças da terra moça que aneia por caminhar, vencer, dominar.

Precisamos fecundar como raça forte e não sermos fecundados como raça fraca. Ou cuidamos do problema geraçãõ e seremos uma raça de senhores, ou permittiremos a procreaçãõ aneugenica e seremos uma raça de escravos.

PAULO DE GODOY.

LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

BIOINTER

Extracto de glandula intersticial masculina

Poderoso medicamento indicado na asthenia nervosa, depressãõ sexual, neurasthenia genital, senilidade precoce, hypoplasias genitales da puberdade.

Injecções hypodermicas diarias; comprimidos, 3 diariamente.

I - O MERGOTHIOL não é propriamente um sulfureto de mercurio colloidal, mas um complexo colloidal, resultante do sulfureto de mercurio ligado, por sua vez, a uma molecula organica sulfurada (acido guayacol sulfonico) e ao methylarsinato de sodio.

II - O MERGOTHIOL, por esta sua especial constituição chimica, permite uma boa saturação mercurial sem os inconvenientes toxicos e sempre pelas mesmas razões, a eliminação hydrargirica effectua-se de modo constante e regular.

III - O MERGOTHIOL, sendo uma combinação de enxofre, mercurio e arsenico, permite ao medico usufruir as vantagens de uma cura mixta sulfuro-mercurial.

IV - As injeções de MERGOTHIOL são completamente indolores e, o que é mais importante, não deixam nodos ou tatuagens na pelle, um indice seguro da completa e rapida absorpção por parte do organismo.

LITTERATURA E AMOSTRAS A
DISPOSIÇÃO DOS Srs. MEDICOS

ANCONA LOPEZ & Cia.

R. Boa Vista, 5 - S. Paulo - Caixa 2294 Tel. Central 670

PELA FACULDADE

Vida Official

OS ANNAES DA FACULDADE

Estão em preparação e em parte já entregues á typographia os originaes para o 2.º volume dos Annaes da Faculdade de Medicina de São Paulo.

„Do seu summario constarão, alem de outros, os seguintes trabalhos:

- 1) Rarissima dystopia do colon transverso e do colon descendente — Prof. Affonso Bovero.
- 2) Arteriosclerose bovina — Dr. Paulo Tibiriçá.
- 3) Ossificação na aorta bovina — Dr. Paulo Tibiriçá.
- 4) Sobre a reacção de Kahn — Drs. Borges Vieira e Gastão Fleury da Silveira.
- 5) Aneurisma dissecante do ducto arterioso — Prof. Cunha Motta.
- 6) Contribuição ao estudo da oclusão normal do ducto arterioso — Prof. Cunha Motta.
- 7) Tratamento cirurgico da paralytia ischemica de Volkmann — Dr. Domingos Define.
- 8) Epidermophyton Rubrum — Dr. Abilio Martins de Castro.
- 9) Sobre a applicação da technica de Maselli, modificada, para a diagnose de manchas de substancia nervosa em Medicina Legal — Dr. Arnaldo Amado Ferreira.
- 10) A organização e efficiencia da clinica gynecologica da Faculdade de Medicina — Dr. José Medina.
- 11) Estudos sobre uma raça neurotropica de trypanozoma cruzi — Prof. Souza Campos.
- 12) Acerca da acção do plasma de animaes alcatroados sobre o crescimento de fibroblastos “in vitro” — Dr. Juvenal Ricardo Meyer.
- 13) Nephrose experimental — Prof. Cunha Motta e Dr. J. R. Meyer.
- 14) Contribuição para o estudo das “blastomycoses” (granulomas coccidioides) observadas em São Paulo — Prof. Souza Campos e Dr. Floriano de Almeida.
- 15) Sobre um caso de “Blastomycose” pulmonar, pelos Drs. Floriano P. Almeida e Lourival Santos.
- 16) Em torno do musculo plattysma myoides em diversas raças humanas — Dr. Jarbas B. de Barros.
- 17) Syndroma de Claude-Bernard-Horner-paradoxal — Prof. E. Vampré.
- 18) A dentada na identificação — Dr. Almiro dos Reis.
- 19) Musculus sternoclavicularis superior — pelo Dr. Renato Locchi.
- 20) Acerca de alguns processos inflammatorios agudos do apparelho respiratorio do recém-nascido — pelo Dr. Juvenal R. Meyer.

- 21) Nota sobre a dosagem do ferro e do cobre pelo Dr. Mario Domingues de Campos.
- 22) Formas anatomo-clinicas da syphilis gastrica — pelo Prof. Almeida Prado.
- 23) Innervação intrinseca da larynge — Prof. Cantidio de Moura Campos e Dr. Franklin de Moura Campos.
- 24) Sobre a acção vascular do azul de methylenio — Dr. Alberto Moraes.

CARAVANA MEDICA BRASILEIRA

O prof. Pedro Dias da Silva, director da Faculdade de Medicina desta capital, recebeu do sr. professor dr. Nascimento Gurgel, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro o seguinte official:

Exmo. sr. professor dr. Pedro Dias da Silva, d. d. director da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Saudações

Tenho o prazer de communicar á V. Excia., que a "Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro", em sua sessão de 30 do mez de Agosto proximo passado resolveu organizar uma "Caravana Medica Brasileira", composta de medicos, pharmaceuticos e dentistas brasileiros, visando intensificar os sentimentos de confraternidade e solidariedade espiritual entre os medicos brasileiros e os do Uruguay e da Republica Argentina. Serão realizadas conferencias pelos adherentes da "Caravana", sob todos os ramos de Medicina, Cirurgia e Hygiene, com programma adrede preparado em Montevideo e Buenos Aires. "A Caravana" partirá do Rio de Ja-

neiro por todo o mez de Novembro do corrente anno, estando nomeado um "Comité" da "Sociedade de Medicina e Cirurgia", incumbido de sua organização, enviando opportunamente todo o plano da viagem.

A "Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro", espera o applauso e patrocínio da Instituição dirigida por V. Excia., assim como a adhesão de professores dessa Faculdade e da classe medica de S. Paulo.

Ficaria ella muito agradecida se V. Excia., se dignasse tornar publica pela imprensa a idéa que vae realizar.

Apresento á V. Excia., os protestos de minha alta consideração e estima.

(a) NASCIMENTO GURGEL, presidente"

PREMIO ASCENDINO DOS REIS

Com o fim de homenagear a memoria do seu antecessor na cathedra de Pharmacodynamica e, ao mesmo tempo, de estimular os academicos, desviando a sua attenção para as questões relativas á materia que lecciona, o prof. Jayme Pereira instituiu na Faculdade o "Premio Ascendino dos Reis", para ser conferido, annualmente, ao autor da melhor these defendida sobre assumpto da sua cadeira.

O premio consistirá em uma medalha de ouro e no diploma de laureado pela Faculdade de Medicina de São Paulo.

O prof. Jayme Pereira propoz á Congregação que fosse indicada uma commissão de professores para proceder ao julgamento dos trabalhos que concorreu ao "Premio Ascendino dos Reis".

Sociedade Arnaldo Vieira de Carvalho

CONFERENCIA DO PROF. J. L. FAURE

A classe medica paulista teve oportunidade de ouvir mais uma vez, a 8 de setembro, a palavra autorizada do prof. J. L. Faure, illustre gynecologista francês. A sua conferencia sobre "A drenagem peritoneal" attrahiu ao edificio da Faculdade de Medicina, á rua Theodoro Sampaio, elevado numero de medicos e estudantes de medicina.

A conferencia effectuou-se em reunião solenne da Sociedade Arnaldo Vieira de Carvalho, cujo presidente, doutorando José Maria de Freitas, depois de declarar aberta a sessão, passou a presidencia ao director da Faculdade de Medicina, prof. Pedro Dias da Silva. Este, tomando a palavra, saudou o prof. Faure, agradecendo-lhe, em nome da Sociedade Arnaldo Vieira de Carvalho, a solicitude com que accedeu ao convite dos estudantes para realizar a conferencia e dando-lhe as boas vindas em nome da nossa escola medica.

Levantou-se então o prof. J. L. Faure. Suas primeiras palavras foram de agradecimento. Passou, depois, a tratar do assumpto sobre que versou a sua conferencia.

Lembrou, em primeiro lugar, a importancia extraordinaria da

drenagem peritoneal, importancia tão flagrante quanto ella tem dado margem a numerosas e prolongadas discussões.

Passando do terreno das discussões para o da pratica, salientou os beneficios inavaliaveis que tem proporcionando á humanidade, concorrendo para o salvamento de milhares e milhares de vidas, que antes de ella ser posta em uso, certamente não escapariam das garras da morte.

Entrou, a seguir, no historico da questão, relatando os primordios e os progressos do methodo.

E, depois, começou a falar sobre a drenagem pelo processo Mickulicz, de largo uso em sua clinica no Hospital Broca, de Paris. Extendeu-se longamente sobre esse processo, medindo as suas vantagens e precisando ás suas indicações.

Falou ainda sobre a operação de Wertheim, projectando a seguir um film apanhado no seu serviço cirurgico do Hospital Broca, demonstrando minuciosamente os varios tempos dessa operação.

Para terminar, fez projectar outro film, relativo ao fim de uma operação semelhante, em que usou a drenagem pelo processo Mickulicz.

Ao terminar, o conferencista foi vivamente applaudido.

Chás Scientificos. - (2.^a serie)

CHÁ DE MEDICINA LEGAL

(19-VIII-27) :

- Prof. Flaminio Favero: dois casos interessantes para discutir-se a questão da sobrevivencia após lesões mortaes.
- Dr. Arnaldo Amado Ferreira
- De uma nova technica para o diagnostico das manchas de substancia cerebral.

CHÁ DE PHYSIOLOGIA

(25-VIII-27) :

- Frof Cantidio Moura Campos e Franklin Moura Campos, Dutra Oliveira e Paula Santos
- Da acção do sal de Araxá sobre metabolismo dos hydratos de carbono.
- Dr. Franklin de Moura Campos e doutorando Paulo de

Souza Campos — Da hyperglycemia emotiva nos gallos de briga.

CHÁ DE PARASITOLOGIA

(15-IX-27) :

Dr. Cesar Pinto — *Tunga* parasita de *Tatusia novemcinctus* do Estado de S. Paulo.

CHÁ DE HYGIENE

(22-IX-27) :

Dr. F. Borges Vieira: Viabilidade do bacillo coli nas aguas de exgoto.

Dr. Benjamin Alvaro Ribeiro: Sobre alguns *tests* de fadiga.

Dr. Alexandre Wancolle — Dosagens de calcio no sôro sanguineo.

CHÁ DE CHIMICA

(29-IX-27) :

Prof. Guilherme B. Milward — Reacções distinctivas dos pyro e meta-phosphatos, fluoretos e boratos.

Dr. Mario Domingues de Campos — Algumas constantes physico-químicas de oleo de urucuva.

CHÁ DE PHARMACOLOGIA

(13-X-27) :

— Prof. Jayme Pereira e dr. Mario Domingues de Campos: Poder fixador do sôro sanguineo para com o arseniato de sodio. Tentativa de immunização contra o arsenico.

Doutorando J. de Oliveira Cunha — Acção pharmacodynamica do veneno de aranha.

Doutorando Constantino Mignone — Poder fixador do acido salicylico.

Liga de Combate á Syphilis

RA DOS MOÇOS

Para se avaliar o quanto de beneficios vae prestando ás classes necessitadas a obra dos estudantes de medicina na campanha antisiphilitica, com os postos de prophylaxia mantidos pela sua Liga de Combate á Syphilis, — damos a seguir o resumo do movimento de doentes attendidos no decorrer do mes de outubro:

Foram matriculados 125 doentes novos, sendo: 71 homens; 52 mulheres e 2 creanças; 69 casados; 50 solteiros e 6 viuvos; 76 brasileiros e 49 estrangeiros;

91 brancos, 27 pretos e 7 mestiços.

Eram portadores de syphilis primaria, 12; de syphilis secundaria, 25; de syphilis terciaria, 16; de syphilis latente, 68; de parasyphilis, 4.

Doentes com lesões contagiantes, 37.

Foram feitas 38 reacções de Wassermann.

Foram applicadas 2.595 injeções sendo: 1.179 de salicylato de bismutho, 614 de biiodato de mercurio, 282 de salicylato basico de mercurio, 255 de iodeto de sodio, 218 de neosalvarsan (602 doses), e 47 de cyaneto de mercurio.

O numero de doentes matriculados subiu a 8.116.

Centro Academico Oswaldo Cruz

A HABILITAÇÃO DOS PROFISSIONAES

A proposito da representação do Centro Academico "Oswaldo Cruz" relativa á habilitação dos profissionaes diplomados no estrangeiro, o presidente dessa associação recebeu do prof. Victor do Amaral, director da Faculdade de Medicina do Paraná, o seguinte officio:

"Exmo. sr. doutorando João Alves Meira.

Dd. presidente do Centro Academico "Oswaldo Cruz"

São Paulo

Em resposta ao vosso officio de 7 de julho do anno corrente, cumpre-me levar ao vosso conhecimento que a Congregação desta Faculdade, em sessão realizada a 31 de agosto p. passado, deliberando a respeito, pede venia para ponderar-vos que a "extrema liberalidade", a que vos referis, não estará no Decreto n.º 5.121, de 29 de dezembro de 1926, senão no criterio dos professores que julgarem as provas de revalidação de diplomas estrangeiros; que a Faculdade de Medicina do Paraná, seja qual for o numero e a natureza das provas exigidas aos candidatos á revalidação de diplomas, esteja em vigor o Decreto n.º 1.6782 A, de 13 de janeiro de 1925, ou o Decreto n.º 5.121, de 29 de dezembro de 1926, ou qualquer outro Decreto regulamentador da materia, continuará exercendo, como sempre o tem feito, entre os candidatos, rigorosa selecção, approvando, apenas, os que representam verdadeiros valores profissionaes; e que, finalmente, conforme ponderou o prof. Simão Kossobudzki, o citado Decreto n.º 5.121, de 29 de dezembro de 1926, talvez peque por não exigir aos

plomas um attestado de idoneidade moral, attestado esse que poderia ser exigido das associações scientificas ou syndicaes do logar de origem dos candidatos.

A mesma Congregação reafirma que a lei em vigor garantirá plenamente a victoria, nesta Faculdade, do *desideratum* dos moços do Centro Academico "Oswaldo Cruz", não permittindo bom exito aos candidatos de capacidade profissionaal duvidosa ou mediocre.

Valendo do ensejo, apresento os protestos de minha elevada consideração e distincto apreço.

(a) DR. VICTOR DO AMARAL, director."

REUNIÃO DA DIRECTORIA

Com a presença dos snrs. João Alves Meira, Renato da Costa Bomfim, Mucio D. Murguel, Sylvio de Almeida Toledo, Nelson Planet, Sylla O. Mattos e João de Paula Gonçalves, realizou-se, no dia 13 de setembro, mais uma reunião da directoria do Centro Academico "Oswaldo Cruz". Nesta reunião, que foi presidida pelo doutorando João Alves Meira, tratou-se, entre outros assumptos de menor importancia, das duas seguintes propostas:

Uma, do sr. Renato Bomfim, no sentido de se proceder a uma reforma geral da sede social do Centro. A proposta do Snr. Renato C. Bomfim que era acompanhada da descripção minuciosa das modificações a se fazerem e de meu orçamento completo, foi unanimemente approvada após ter sido amplamente discutida.

Em seguida, o doutorando João Alves Meira propoz que fossem cobradas as mensalidades dos socios do Centro, medi-

da que ha ja alguns annos tinha sido abandonada.

Após mostrar as vantagens desta medida, que aliás devia ser applicada nos moldes do estabelecido nos Estatutos do Centro, e a necessidade imperiosa de se procurar augmentar as rendas do Centro, foi esta proposta sujeita a discussão, tendo sido igualmente unanimemente approvada.

ASSEMBLÉA GERAL

Com a presença de numerosa assistencia, em 31 de Outubro ás 16 horas, no Amphitheatro de Medicina Legal da Faculdade, realizou-se a terceira assembléa geral deste anno do Centro Academico "Oswaldo Cruz".

A sessão foi presidida pelo doutorando João Alves Meira e secretariada pelo academico Mucio D. Murguel.

Iniciados os trabalhos, pediu o presidente a dispensa da leitura da acta da sessão anterior. Havendo a assembléa concordado com este pedido, passou-se á ordem do dia.

Falou em primeiro lugar o doutorando João Alves Meira, dizendo que aquella assembléa fora convocada para se resolver qual a attitude a ser assumida pelos academicos de medicina em face do projecto apresentado na Camara e que procura extinguir os cargos dos academicos de Medicina na Assistencia Policial. Após ter pedido a palavra, o academico Renato da Costa Bomfim, vice-presidente do Centro, leu uma mensagem endereçada aos snrs. Senadores que agora discutem aquelle mes-

mo projecto, na qual realça o valor dos estudantes de medicina, a dedicação com que desempenham as suas funções como auxiliares dos medicos e termina protestando contra a supressão dos cargos dos academicos na Assistencia Policial e clamando pela justiça dos que julgam agora aquelle projecto.

A mensagem lida pelo Snr. Renato Costa Bomfim foi discutida pelos Snrs. Hermenegildo Urbina Telles, Mario Uzzo, Vicente Mamana, Mucio D. Murguel e João Alves Meira, tendo sido approvada após discussão contra o voto de tres dos socios presentes.

Em seguida foram approvadas duas propostas feitas pelo snr. Hermenegildo de Urbina Telles a respeito de questões internas do Centro.

Nada mais havendo a se tratar, foi encerrada a sessão.

NOVA DIRECTORIA

Com o comparecimento de 209 socios, realisaram-se, no dia 5 de novembro, as eleições para os membros da directoria que deverá dirigir o Centro Academico "Oswaldo Cruz" durante o anno de 1928.

Foi o seguinte o resultado verificado pela apuração dos votos:

Para Presidente:

Renato Costa Bomfim — 106 votos; José Oria — 96; Arne Enge — 1 voto.

Em branco 6 votos.

Para vice-presidente:

José Martins Costa 114 votos; Paulo de Toledo Artigas 87;

OVULOS VAGINAES DE FILTRADOS SANAPUZ

MEDICAÇÃO IMMUNITARIA LOCAL

LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

Honorino Fabri 1; Antonio Caio do Amaral 1; Em branco 6 votos.

Para secretario geral:

Mucio D. Murguel 119 votos; Sylvio de Almeida Toledo 84; Antonio Caio do Amaral 1; Em branco 5 votos.

Para 1.º Secretario:

Pedro Ayres Netto 128 votos; Neson J. Planet 63; J. Fernando de Almeida 4; D.ª Leonor Sanches 1; Bernardes Lima 1; Tito Arcoverde A. Cavalcanti 1; Em branco 11 votos.

Para 2.º Secretario:

José Fernando de Almeida 110 votos; Tito Arcoverde Albuquerque Cavalcanti 82; Luis Splendore 1; Armando Valente Junior 1; Waldemar Rudge 1; Sylvio Ribeiro 1; Sylla Mattos 1; Ruy C. Quintanilha 1; D.ª Maria Souza 1; Em branco 10 votos.

Para 1.º Thesoureiro:

João Carlos Gomes Cardim, 198 votos; Armando Valente Junior 4; D.ª Aracy Leite 1; Fausto Quaglia 1; Waldemar Rudge 1; Em branco 4 votos.

Para 2.º Thesoureiro:

Sylla Orlandini Mattos 103 votos; Antonio Cunha Campos Moreira 93; Bernardes Lima 1; Mario Uzzo 1; Vicente Marcilio 1; Armando Valente Junior 1; Em branco 9 votos.

Para 1.ª Orador:

João de Paula Gonçalves 105 votos; Hermenegildo Urbina Telles 99; Em branco 5 votos.

Para 2.ª Orador:

Mathias Roxo Nobre 189 votos; João Paula Gonçalves 6; Hermenegildo Urbina Telles 5; Luis Splendore 1; Waldemar Teixeira Pinto 1; Vicente Marcilio 1; Alvaro Santos 1; Em branco 5 votos.

De accordo com este resultado, o doutorando João Alves Meira, que presidiu a mesa das eleições, declarou eleita para o

exercício de 1928 a seguinte directoria:

RENATO DA COSTA BOMFIM — *Presidente.*

JOSÉ MARTINS COSTA — *Vice-presidente.*

MUCIO D. MURGUEL (reeleito) — *Secretario Geral.*

PEDRO AYRES NETTO — 1.º *Secretario.*

JOSÉ FERNANDO DE ALMEIDA — 2.º *Secretario.*

JOÃO CARLOS GOMES CARDIM (reeleito) — 1.º *Thesoureiro.*

SYLLA O. MATTOS (reeleito) — 2.º *Thesoureiro.*

JOÃO DE PAULA GONÇALVES — 1.º *Orador.*

MATHIAS ROXO NOBRE — 2.º *Orador.*

A SÉDE DO CENTRO

A séde do Centro Academico "Oswaldo Cruz" foi, de accordo com a proposta approvada em sessão de directoria, completamente reformada.

Assim, com as modificações introduzidas, acha-se a sede social do Centro de tal forma transformada que reúne todas as condições e requisitos indispensaveis a um verdadeiro centro de palestra e leitura.

LIVROS E REVISTAS RECEBIDAS

Durante o corrente anno o Centro Academico "Oswaldo Cruz" recebeu as seguintes publicações:

Novo Therapia — rua Libero Badaró, 2 e 4. S. Paulo.

Boletim de Informaçõs do Instituto de Engenharia, rua Christovam Colombo, 1. S. Paulo.

Jornal de Medicina de Pernambuco, rua da Imperatriz 245. Recife.

- Estudantina*, rua Velha 334. Recife.
- Archivos de Medicina de Pernambuco* — rua Barão da Victoria, 193. Recife.
- Revista de Engenharia* (Centro Horacio Lane) r. Maria Antonia, 79. S. Paulo.
- Archivos Riograndenses de Medicina* rua 1.ª do Março, 440. Porto Alegre.
- Jornal dos Clinicos* — Caixa postal 539. Rio de Janeiro.
- Sciencia Medica* — Rua Sachet, 8. Rio de Janeiro.
- Boletim da Academia Nacional de Medicina* — *Sylogeu*. Rio de Janeiro.
- Revista Medico Cirurgica do Brasil* — rua da Alfandega, 30 Rio de Janeiro.
- Revista Academica* — Faculdade de Medicina. Recife.
- La Cronica Medica* — Perú — Ns. 763 a 766 de 1927.
- La Prensa Medica* — Ano 1 — n.º 1 — 927.
- O tempo Academico* — Anno II — n.º 13. Outubro 1927.
- Anales de la Facultad de Ciencias Medicas.* — Assuncion (Paraguay) Ano 1 — n.º 1 — Agosto 1927.
- Revista de Medicina e Hygiene Militar* — rua da Carioca, 28. Rio de Janeiro.
- Marseille Medical* — Anno 64 — N.º 26 — 1927.
- Boletim do Instituto de Engenharia.* N.º 34 — Out.º 1927.
- Revista di Diritto del Lavoro* — Anno II — N.º 2.
- Revista Polytechnica* — N.º 83. 1927.
- Memorias do Instituto "Oswaldo Cruz"* — Anno 1927 — anno XX — Fasc. I.
- Da The Rockefeller Foundation* — International Healdt Board 1927.
- Do Dr. Alberto O. Santiago — recebemos o trabalho de sua autoria apresentado ao III.º Congresso Brasileiro de Hygiene entitulado "Portadores de GERMENS" Trabalho do Instituto de Hygiene de S. Paulo. Outubro 1927.
- Revista da Sociedade Argentina deBiologia.* Do Dr. Antonio Luis de Barros Barreto, secretario de Saúde Publica e Assistencia Publica do Estado da Bahia recebemos oCodigo Sanitario do Estado da Bahia — 1926.

LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

ASPIR

Citro-bismuthato de sodio

Cura immediata de todas as manifestações da lues com poucas injeções intra-musculares. Não produz estomatites, nem albuminuria.

Aplicações intra-musculares de 3 em 3 dias.

CENTRO ACADEMICO "OSWALDO CRUZ"

Sociedade dos alumnos
da Faculdade de Medici-
na de São Paulo, Brasil.



- Presidente* — JOÃO ALVES MEIRA.
Vice-presidente — RENATO DA COSTA BOMFIM.
Secretario Geral — MUCIO DRUMOND MURGEL.
1.º Secretario — SYLVIO DE ALMEIDA TOLEDO.
2.º Secretario — NELSON PLANET.
1.º Thesoureiro — JOÃO CARLOS GOMES CARDIM.
2.º Thesoureiro — SYLLA MATTOS.
1.º Orador — GEORGIDES GONÇALVES.
2.º Orador — JOÃO DE PAULA GONÇALVES.



- Bibliothecario* — MAURICIO LEMOS PEREIRA LIMA.
Comissão de Athletismo — ANTONIO CAIO DO AMARAL, ALFREDO AUGUSTO BAHIA E HERMENEGILDO URBINA TELLES.
Comissão de Xadrez — HUMBERTO CERRUTI E GUILHERME COUTO ESHER.
Comissão de ping-pong — CONSTANTINO MIGNONE E CINCINATO PAMPONET FILHO.
Chefe dos postos da Liga de Combate á Syphilis — NELSON DE CAMPOS.
Redactor da "Revista de Medicina" — EURICO BRANCO RIBEIRO.
-
-



SÃO PAULO EDITORA LIMITADA
RUA BRIGADEIRO TOBIAS, 80
1927

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).