



REVISTA DE MEDICINA



DIRECÇÃO SCIENTIFICA DO
PROF. RUBIÃO MEIRA

REDACTOR-CHEFE
ACHD. ANTONIO DA PALMA

ORGÃO DO CENTRO ACADEMICO
"OSWALDO CRUZ"

DA FACULDADE DE MEDICINA
E CIRURGIA DE SÃO PAULO

SUMMARIO

- | | |
|---|---------------------------------|
| <i>O que foi esquecido...</i> | P |
| <i>Um caso de syndrome parkinsoniana post-encephalica</i> | Rubião Meira. |
| <i>Uma pericia medico-legal</i> | Oscar Freire e Flaminio Favero. |
| <i>Syndromo alterno de Jackson complicado</i> | Franklin de Moura Campos. |
| <i>Arco axillar muscular</i> | Ivo Lindenberg Quintanilha. |
| <i>Pela seara scientifica.</i> | |
| <i>Noticiario Sociat.</i> | |

EXPEDIENTE

REVISTA DE MEDICINA

Publicação periodica de sciencias medicas e vida academica feita sob a direcção scientifica do Prof. Rubião Meira

Redactor-chefe: Acad. ANTONIO DA PALMA

— Redacção e Administração: Rua Brigadeiro Tobias, 45 —

ASSIGNATURAS:

Brasil, 12 numeros	18\$000
Estrangeiro	36\$000
Numero avulso	1\$500

Toda a correspondencia deve ser dirigida ao Redactor-chefe

Maternidade de S. Paulo

Serviço Ambulatorio de Obstetricia e Gynecologia

Atesto que tenho usado Systematicamente na Maternidade de São Paulo, o esplendido preparado nacional Pituitrol, do "Instituto Medicamenta", tendo a declarar que elle substitue plenamente os productos similares estrangeiros, muito mais onerosos e de fabricaçãõ menos recente

São Paulo, 1.º de Agosto de 1923

R. Arraújo
medico-interno

O INSTITUTO "MEDICAMENTA" tem a honra de oferecer á apreciação da illustre Classe Medica Brasileira este precioso documento que constitue o ambicionado premio aos seus esforços afim de dotar a Pharmacia Nacional com productos que correspondam exactamente a todas as exigencias clinicas.

VINHO E XAROPE DE HEMOGLOBINA

GRANADO

Com base de:

Hemoglobina pura nascente

O MELHOR DOS RECONSTITUINTES

O MAIS EFFICAZ DOS FERRUGINOSOS

NA ANEMIA-CHLOROSE-FRAQUEZA

DEBILIDADE DE CONSTITUIÇÃO, ETC.

RUA 1º DE MARÇO, 14, 16, 18-RIO

RHEUMATISMO agudo e chronico, **GOTTA**, **DIATHESE URICA**,
ARTHRITISMO, **LITHIASE** renal e hepatica (Areias)
HERPETISMO

URIDINA "GRANADO"

"Granulado e Effervescente"

Base de **UROTROPINA**, **NÊO-SIDONAL**, **LICETOL**
e **BENZOATO DE LITHINA**

Realiza a antiseptia das vias urinarias — Dissolve e elimina
o ACIDO URICO E URATOS

Depositario: J. LOPES - Rua 11 de Agosto, 35 - S. PAULO

FOSFORMOL IMBERT

Base: glycero phosphatos, formiatos, arrhenal

**SIMPLES, MARCIAL (com ferro) IODADO - por via
oral e hypodermica com e sem estrichinina**

**PREPARAÇÃO ESPECIAL E SCIENTIFICAMENTE
RIGOROSA SOB O CONTROLE DO DR. IMBERT**

Amostras e literaturas aos srs. Medicos

Agente Geral: Pharmaceutico J. GUGLIELMO

CAIXA POSTAL, 2174

— São Paulo —

CASA CID

**ARTIGOS PARA LABORATORIOS
DE BACTERIOLOGIA, ANALYSES,
HYPODERMIA.
— REAGENTES E CORANTES —**

Medicina, Cirurgia, Physica, Chimica e Historia Natural

A. NOBRE & C.^{IA}

Importadores de Artigos Scientificos

**Perfumarias finas — Electricidade — Cutelaria
Ampoulas — Officinas de Nickelagem e Reparções.**

Telephone: Central, 5468 — Telegramma: CID

CODIGOS: Ribeiro e A. B. C. 5.^a Edição

RUA DE S. BENTO N. 41 — S. PAULO

A ultima descoberta scientifica!

Para evitar o typho, cholera, diarrhéa, dysenteria, enterite, vermirose e molestias intestinaes, conforme attestados da Directoria Geral da Saude Publica, Instituto Oswaldo Cruz e Laboratorio Bacteriologico do Rio de Janeiro; Faculdade de Medicina e Cirurgia, Instituto Bacteriologico e Instituto do Butantan do Estado de São Paulo; Directoria de Hygiene do Rio Grande do Sul e de Scientistas nacionaes e estrangeiros

Apparelhos "SALUS"

UNICOS DEPOSITARIOS:

SOC. DE PROD. CHIMICOS L. QUEIROZ

Rua Libero Badaró, 138-144 — Caixa Postal, 255

Abaixo publicamos um attestado do Dr. A. Fontes

S. Paulo, 10 de Março de 1921.

Certifico que, tendo acompanhado as verificações bacteriologicas feitas pelo Dr. Henrique Figueiredo Vasconcellos, Chefe de Serviço do Instituto Oswaldo Cruz, relativas a acção esterilisante das moringas SALUS para o grupo coli typhico, pude constatar a sua efficacia, devendo por esse motivo constituir valiosa arma de defesa na prophylaxia das infecções d'aquelle grupo.

Baseado, pois, na verificação experimental aconselho o seu uso certo de que segura garantia elle offerecerá contra a vehiculação hydrica d'aquelles agentes infectuosos.

(a) A. FONTES

Chefe de Serviço do Instituto Oswaldo Cruz.

REVISTA DE MEDICINA

DIRECÇÃO SCIENTIFICA DO
PROF. RUBIÃO MEIRA
REDACTOR-CHEFE
ANTONIO DA PALMA

ORGAM DO CENTRO ACADEMICO
"OSWALDO CRUZ"
DA FACULDADE DE MEDICINA
E CIRURGIA DE SÃO PAULO

O QUE FOI ESQUECIDO...

ADVERTENCIA

Alguns Estudantes têm dito que os editoriaes da "REVISTA DE MEDICINA" commettem o peccado de anti-jornalismo por apresentarem, num estylo complexo, idéas complexas.

No presente editorial, cuja forma é certamente inedita, tentamos simplificar-lhes as cousas fazendo-as claras o mais possível. Para isto fazemos pelo leitôr, na "Advertencia" e no "Prologo" aquillo que, de direito, deveria elle fazer, porque é o que faz toda a gente que lê como se deve lê, isto é, analysando e synthetisando ao mesmo tempo, para conhecer o nucleo substancial de idéas que move a penna do escriptor.

PROLOGO

I.º — A voz corrente apresenta a Reforma da Faculdade de Medicina como radical. Ora, si ella realmente o é, inclue tudo o que é possível reformar-se nessa casa de ensino, e os Estudantes, emquanto Estudantes della, têm legitimo direito de querer saber o que a respeito se fez, se faz ou se fará.

II.º — Si, porém, não é realmente radical, então o conceito não está bem empregado; e não só, pois que, na verdade, deve a Reforma ser radical, como poderemos provar...

... e voltarão os Estudantes a ser parte interessada.

III.º — No convite que fazemos aos Estudantes somos perfeitamente logicos e opportunos:

1.º — Porque indicamos uma reforma, dentro duma Reforma;

2.º — Porque mostramos a utilidade collectiva da nossa idéa com dois factos innegaveis:

- a) o caso da suspensão,
- b) o exemplo doutras Faculdades.

Λόγος

A douta Congregação da Faculdade de Medicina está a discutir (ou irá dentro em breve discutil-o, porque, parece, é intensão dos mais interessados no exito do projecto, que elle seja promulgado ainda dentro do governo do sr. Pereira de Souza) uma reforma radical dos regulamentos desse instituto de ensino publico superior estadual.

Uma reforma radical, pensamos nós, deve ser alguma cousa applicada a uma segunda comparando-se esta a uma arvore — raiz, tronco, galhos e ramos, etc. — da qual só seja directamente atacada por aquella, a raiz, mas (como sóe acontecer nos vegetaes) com repercussão dos seus resultados, profunda e certa, em todo o mais do corpo da planta.

E assim sendo, a Reforma, sobre a qual pretendemos fazer o prato do “artigo de fundo” que offerecemos aos nossos leitores no numero deste setembro, deverá abranger todas as modalidades de manifestação da existencia da nossa Escola.

Não será, portanto, apenas uma reforma pedagogica: não visará só as sciencias de um certo grupo que permittê a homens e mulheres exercerem na vida social a profissão medica; não será exclusivamente administrativa: não attenderá, pois, só á engrenagem e ao seu manejo na Machina- Faculdade; não será só economica, ou juridica, ou o quer que seja, tomado em particular...

Ao contrario, será uma reforma que emgloba tudo isso, desde as raizes.

Si falassemos á moda de lord Francisco Bacon, diriamos — uma reforma ab imis fundamentis...

Todavia, pelo que temos ouvido a alguns dos senhores membros do corpo docente da Faculdade, esta reforma não terá, apesar do adjectivo radical que tão repetidamente se lhe tem applicado, character de tamanha radicalidade.

O que se visou e o que se fez, foi trabalho quasi que exclusivamente pedagogico: alterou-se a distribuição das cadeiras por todo o curso; modificou-se o methodo de ensinamento; mudou-se o processo de conhecer-se a capacidade intellectual, já dos que se candidatarem a logar de alumno que entra para o seu corpo discente ou pretende passar d'um anno a outro, já para os que pretenderem logar de professor. Tanto vale dizer que mudaram a forma dos cursos para uns e outros: a materia objecto desses cursos, porém, — e é natural — ficou a mesma.

Duas desprezenciosas considerações pretendemos aqui fazer com os nossos leitores acerca desta questão de fundamental alcance e interesse para os Estudantes da Faculdade, cujo pensar esperamos bem interpretar e cujos direitos estamos certos de lequitimamente defender.

A primeira é a quasi exclusividade do objecto desta reforma, considerando-a do ponto de vista ao valor real do conceito radical que a palavra radical aqui apresenta.

Examinemol-a. Somos dos que apreciam começar o estudo de todas as cousas pela analyse logica dos seus conceitos, porque, na verdade, são os conceitos — por intermedio das palavras — que nos dão o conhecimento de tudo o que conhecemos. Si não estivermos bem certos e seguros no valor dos conceitos, poderemos ser clarividentes e firmes na applicação delles, quando tentarmos mudar a realidade exterior que julgamos imperfeita e queremos, por isso mesmo, aperfeiçoar?

— Tudo se explica, responder-nos-hão talvez. Si agora o objecto de reforma não é tanta cousa, isto acontece porque se pretende agir por partes. Elabora-se, agora, uma dellas; depois, successivamente, cuidar-se-ha do mais.

— Perfeitamente, responderemos nós. Propriamente não pretendemos, aliás, objectar nada contra o trabalho feito, já pela autoridade dos professores que o elaboraram — que são competentíssimos —, já porque, oficialmente não nos foi feita nenhuma comunicação a respeito.

Mas si aqui estamos a escrever o arrazoado que vae enchendo estas paginas, é que sentimos bem que somos cidadãos numa republica democratica — o que equivale a dizer numa sociedade onde pela essencia mesma do regimen que a governa é regular o conhecimento por todos, — através de communições officiaes — do que a todos interesse. Ora, somos, como orgão dos Estudantes, e para elles, parte na Faculdade de Medicina; eis porque estimariamos conhecer em todo o alcance real do conceito radical, o plano de reforma que se vem elaborando a proposito das suas leis...

A segunda consideração que bordaremos á margem deste assumpto é antes um convite feito em particular a cada alumno da Faculdade de Medicina para que examine a conveniencia possível da realisação de uma idéa que já foú objecto do programma de governo de uma das directorias do Centro Academico "Oswaldo Cruz", mas que não logrou siquer chegar á mesa das discussões.

Tal idéa, realisada, pôde ser boa ou má: é questão de ser estudada para se o verificar. — E qual é ella? — A seguinte:

A existencia normal no seio da Congregação, de um estudante que represente os seus collegas.

Esta idéa tem por si razões que nos parecem de algum valor. Aqui vamos apresentar algumas, a titulo de fundamentação da nossa lembrança.

Deixamos aos próprios estudantes o tomar-a e levar-a por deante.

Si a julgarem digna de esforço que a converta em realidade concreta, cá nos terão promptos a trabalhar com elles; si della nem conhecimento tomarem, então que morra no natural abandono, ou, para falar burocraticamente "que aguarde opportunidade"

A primeira razão é a sua utilidade nos casos como o de suspensão de estudantes. Recentemente verificou-se um. O que se viu então? Apesar do seu legitimo direito a uma palavra de defeza própria, os moços ficaram inhibidos de dizer uma unica, por si, graças aos dispositivos que regulam as relações dos Estudantes com a Congregação.

Outra razão é a sua opportunidade, pois que o momento é de reforma, e reforma radical...

Uma terceira é o exemplo doutras Faculdades. De momento recordamos que isto se faz em os mais importantes institutos de ensino superior da Republica Argentina, e citamos a Faculdade de Medicina, a Faculdade de Sciencias Sociaes, a Faculdade de Philosophia e Letras, todas de Buenos Aires e Universidade de La Plata. Os resultados desta representação do Corpo Discente no Concelho dos Professores não têm provado nenhum desastre.

A' directoria do Centro Academico "Oswaldo Cruz" e por ella a todos os Estudantes, aqui deixamos a suggestão. Estudem-na, si entenderem "que vale a pena".

E' precisamente este facto, corrente nas Escolas Superiores argentinas e absoluta novidade no Brasil, que julgamos ser... o que foi esquecido..

Que não seja tarde para ser lembrado.

FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO PAULO

Serviço clínico do Prof. Rubião Meira, no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

UM CASO DE SYNDROME PARKINSONIANA POST - ENCEPHALICA

OBSERVAÇÃO DO PROF. RUBIÃO MEIRA

J. L., 38 annos, portuguez, empreiteiro, vindo de Pitangueiras, é recolhido, em 9 de Dezembro de 1922, á 2.^a enfermaria de medicina da Santa Casa, onde se acha no leito n.º 27.

Como "antecedentes hereditarios" nada se poude apurar e não tem importancia alguma em relação á molestia de que soffre. Dos "antecedentes pessoaes" releva notar que ha cerca de cinco annos teve o impaludismo e, em 1918, foi accommettido de um insulto da grippe que, então, reinou em São Paulo. Sempre de bôa saude. Nada de males venereos nem syphilis.

A sua "historia da molestia actual" é assim narrada: Ha cerca de um anno e meio começou a sentir fraqueza geral, falta de appetite, ligeira cephalalgia e febre. Ao lado disso, mal estar geral, rouquidão e impossibilidade de se entregar ao trabalho. Durou cerca de tres dias esse estado. Melhorado, embora ainda fraco, teve de fazer uma viagem e por essa occasião foi subitamente preso de um ataque ao tomar uma chicara de café, attribuindo toda a sua molestia "ao effeito do reflexo da chicara na vidraça do carro em que viajava" Diz o doente, que sentiu como que um choque no rosto lhe escurecer a vista e cahiu, então, por terra, com tremor em todo o corpo, sem perder, entretanto, a consciencia, pois recorda-se de tudo que se passou no momento, reconhecendo as pessoas que se achavam a seu lado. Levantado por dois companheiros, não poude, desde logo, permanecer de pé, devido ao tremor e por sentir tonturas. Conseguiu sahir do carro em que viajava, sempre amparado pelos dous amigos, mas na plataforma da estação novo tremor apparece, que desta vez não o joga por terra por estar seguro. Recolhe-se ao leito, onde fica por espaço de oito dias, mas se não sente bem com o repouso. Levanta-se sempre e sahe de casa, voltando novamente ao leito.

Sem dôres nem febre soffre somente, nessas occasiões, de rigidez no pescoço e no corpo. Somnolencia e impressão de estar com os

membros amarrados e adormecidos. Si fica sentado ou quieto, diz o paciente, somno pesado o invade, mas acorda-se facilmente.

Bocca ligeiramente torna, salivação abundante e tanta que escorre fóra dos labios, lacrimejamento constante. Não consegue fazer trabalho algum, por não ter livres os membros, executando todos os movimentos lentamente, muitas das vezes acompanhados de tremor. Quando procura levantar qualquer objecto os membros superiores chegando a certa altura ficam parados. Antes de adoecer falava com mais facilidade. Diplopia.

Durante 6 mezes mais ou menos, conseguiu ainda lèr e tomar por suas proprias mãos os alimentos, mas a pouco e pouco foi perdendo a vista e ficando impossibilitado, pelos tremores, de alimentar-se por si mesmo.

Eis a historia morbida de J. L.

O seu "estado actual" é o seguinte: Sempre immovel, somnolento, em decubito dorsal, com a cabeça ligeiramente inclinada para a direita, rosto immovel e inexpressivo, bocca continuamente entreaberta, deixando escorrer a saliva. Commissura labial direita levemente abahulada. Olhar sempre fixo, raramente piscando. Ligeira ptose das palpebras, mais accentuada á esquerda, lacrimejamento e tremor palpebral constante. Passa a maior parte do tempo dormindo, accordando entretanto com facilidade. Difficuldade em falar, sentindo como que a lingua presa, razão pela qual as palavras são lentas e monotonas. Voz fraca. Não tem dysarthria. Engole e mastiga com difficuldade e grande lentidão. Muitas vezes ao approximar a caneca de agua aos labios apparece um tremor labial muito accentuado, nas mandibulas e nos dedos, o que o obriga a tomar a agua aos goles. Rigidez dos musculos do pescoço. Realisa todos os movimentos, mas todos são executados com vagarosidade. Os membros superiores em estado catatonico, conservam durante muito tempo a attitude que lhes é imposta. Nos inferiores não existe. Mesmo em repouso existe tremor ligeiro nos musculos da face e nos dedos. Esse tremor incrementa-se ao movimento, tanto nos membros superiores como nos inferiores.

Quando sentado, tem a cabeça inclinada para a frente. Em pé, a sua attitude é de parkinsoniano.

Caminha pendendo o corpo para um dos lados e procurando apoio, sempre a olhar para o chão, e si desvia daqui a vista vae á terra.

Tem atrophizados os musculos da perna direita, mas dependendo de fractura que soffreu e que occasionou tambem ligeiro encurtamento desse membro.

Estado psychico sem maiores alterações.

Reflexo rotulianos exaggerados. Babinski presente. Reflexos cutaneos intactos. Sensibilidade normal.

Nada de anormal para o lado dos principaes aparelhos.

O exame dos olhos, feito pelo distincto collega Dr. Pereira Gomes, revelou o seguinte: Pupilas normaes. Ligeira turvação dos crystallinos. Fundos oculares normaes. V. O. D. e V. O. E. 1/6. Paresia do R. I. e do R. E. do O. E. Diplopia homonyma. Abalos crystal informes de cansaço na visão de lateralidade.

Wassermann negativa no sangue e no liquido cephalo-rachidiano.

Nada de anormal nas urinas.

Nesse estado acha-se ainda o doente, sem alteração para peor nem para melhor.

*
* *

Não ha necessidade de debater o espirito nas dobras da discussão para se chegar, com acerto, ao diagnostico presente. Elle resalta claramente ao estudo, mesmo ligeiro, dos phenomenos apresentados. O cortejo pathologico em scena é o bastante para estatuir a diagnose.

Não foi, portanto, com o intuito de firmar um juizo clinico que resolvi escrever esta observação. E' que a molestia é de conhecimento recente. Verdade é que se a considera como tendo existido em outras eras, mas passou desapercebida pela época. Nos escriptos de Hippocrates encontra-se a descripção de estados lethargicos, acompanhados de tremor e febre. Em todos os tempos um ou outro clinico mostrava casos do mal, sem interpretal-os. Foi, porém, só em 1916, que a "encephalite lethargica" como entidade morbida começou de se mostrar e dahi para cá tem feito parte de estudos dos interessados na evolução da sciencia. De 1916 a 1923, espaço de 8 annos, a sua bibliographia tem enriquecido os annaes da medicina. E' uma das mais ricas. Em toda parte trabalhos surgem, e discussões se enterreiram, phenomenos morbidos são descriptos, tudo annunciando o afan de se penetrar fundo no objecto e retirar-lhe o que ha de desconhecido.

Designações diversas têm-lhe sido propostas: encephalite lethargica, encephalite epidemica, nevravite epidemica, encephalo-myelite diffusa, encephalite ophtalmoplegica primitiva com narcolepsia, estupor epidemico, encephalite myoclonica, baseando-se uns no facto de predominar a somnolencia, outros na contagiosidade do mal e o seu apparecimento epidemico, outros ainda na associação da somnolencia ás paralsias oculares, outros mais, na predominancia de myoclonias. Como quer que seja, e chame-se a molestia como se queira, o que porém convem sobresahir é que a somnolencia não é o seu phenomeno fundamental, mas sim o facto de sua transmissibilidade, ao ponto de se tornar hoje uma molestia de notificação obrigatoria.

Em todos os centros adiantados tem sido a encephalite epidemica objecto de pesquisas, de observações, e trabalhos sobre trabalhos se vêm accumulando. Não ha memoria, por mais brilhante que seja, capaz de compendiar a somma de conhecimentos edificados sobre a molestia. Entre nós, entretanto, pouco se tem publicado.

Não tenho á mão a bibliographia nacional para dizer o que ha de feito. Sei de pouca cousa; entretanto, conheço o trabalho do Dr. Cassio de Rezende que, clinico avantajado em Guaratinguetá, escreveu em o "Brasil Medico" em 1920, uma observação e a observação do dr. Raul Azevedo que, no "Jornal dos Clinicos" tratou de um caso "de forma myoclonica" De Minas Geraes, a esse mesmo jornal envia nota de um doente o Dr. Allú Marques. No "Brasil Medico" os drs. Teixeira Mendes e Studart escrevem sobre um caso que tiveram, já não querendo falar da communicação que á Academia Nacional de Medicina fez o pharmaceutico Orlando Rangel sobre o tratamento e que ali levantou o pó da controversia.

Entre nós, o provector psychiatra Dr. Enjolras Vampré, perante a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, na sessão de 15 de Julho de 1920, faz considerações clinicas sobre oito casos que observou. Acha que as nevralgias intensas marcam, aqui, o inicio do mal, lembrando, ao terminar o seu estudo, o facto de estar a encephalite lethargica manifestando-se em São Paulo com certa intensidade quando no Rio as observações são em pequeno numero. E, perante a Faculdade de Medicina foi defendida uma these sobre o assumpto, pelo Dr. Clovis Peixoto, contendo a descripção de alguns casos.

Talvez haja mais trabalhos sobre a encephalite lethargica e com certeza os ha aqui no Brasil, mas é-me impossivel estar ao par da bibliographia nacional toda, cousa, aliás, muito mal organizada até hoje e de que ainda se não cuidou de fazer. O caso, portanto, que eu trago á luz da publicidade, tem o toque dos casos banaes na literatura estrangeira, mas na brasileira quero crêr que inda não tem semelhante.

Que se trata de encephalite lethargica não ha a duvidar. A symptomatologia indispensavel ao diagnostico se mostra em scena. Não se admite mais hoje a necessidade da tripeça morbida que **Econom** affirmava para individualisar o morbo: a "somnolencia" a "febre" e as "paralysias oculares".

Casos existem typicos da encephalite epidemica em que o delirio e a insomnia sobrepujam no quadro clinico, outros em que a febre não se mostra. Mais commumente encontradas são as perturbações oculares. Netter acha que existem em 70 a 75 por cento dos casos. Na opinião de Achard (L'encephalite lethargique — 1921) essa porcentagem deve ser ultrapassada. Dos phenomenos que constituam os basicos e fundamentaes para a obra do diagnostico só conservam o

seu valor as paralyrias oculares. Entretanto, casos ha registrados em precisas paralyrias (paralyrias incompletas, parciaes, dissociadas e variadas no dizer de Sainton) se não se mostram patentes e só o oculista pode as descobrir. Mas o conjuncto morbido, a dissemelhança de symptomas, a variabilidade dos phenomenos pathologicos que se não podem enquadrar dentro de determinada molestia, bastam para se eliminar outros males e se firmar o diagnostico de encephalite lethargica. Não no nosso caso. A symptomatologia é rica. Ella é mesmo luxuosa. Vem armada com todos os seus requisitos. Impõe o juizo clinico. Não cria duvidas no espirito de quem quer que seja. E' imponente e majestosa. Nenhum outro estado morbido traz o seu scenario. Elle é mesmo vistoso. Quem ler com attenção a sua historia e fizer o seu exame conclue desde logo. Teve J. L. cephalgia e febre; somnolencia, impressão de estar com os membros amarrados e adormecidos. O somno que o invade é pesado, mal fica quedo. Si o excitam acorda logo. Impossibilidade de fazer trabalho algum. Diplopia. Paralyria do R. I. e R. E. Que mais querer? Não basta para a diagnose? Creio que sim. Nem a clinica quer mais. Deante de uma molestia polymorpha por excellencia o se encontrar tantos elementos reunidos capazes de firmar o diagnostico é uma excepção. Não pode, portanto, haver duvidas sobre o juizo clinico.

Mas o caso é mais interessante ainda, e isto é o que o torna digno de archivo. E' que passada a phase que se poderá dizer, do "episodio primitivo" na linguagem de Pierre Marie e Gabrielle Levy ("Les syndromes excito-moteurs de l'encephalite epidermique", na "Revue Neurologique" n. 6—1920) installou-se a syndrome parkinsoniana. Está-se, pois, deante de um caso typico de "Syndrome parkinsoniana post-encephalitica". A syndrome se esboça tambem de modo evidente. Nada lhe falta. Não se diga que o paciente J. L. soffre da molestia de Parkinson tão somente. E' discutir "per absurdum". E o é, porque já está claramente demonstrado que elle teve a encephalite. Não se pôde pôr mais em discussão esse diagnostico.

Demais, a syndrome parkinsoniana é costumeira no desenvolvimento da encephalite lethargica. E' uma questão já bem estudada embora não esclarecida. Pierre Marie e Levy estabelecem conclusões acertadas a respeito, e quem lêr o seu trabalho fica illustrado sobre o objecto.

Classificam as formas porque pode a syndrome se mostrar, em "frusta" e "progressiva".

Na forma frusta o que domina é o tremor, localizado ou generalizado, com perturbação da palavra, da marcha, e rigidez "objectivamente apreciavel dos movimentos, effectuados por contracções intermittentes e ás vezes com grande lentidão" Na outra, a progressiva, a

dominante é a rigidez, sem o tremor, que só apparece na occasião dos esforços musculares voluntarios ou passivos. De sorte que na frusta o tremor predomina sobre a rigidez e na progressiva o principal phenomeno morbido é essa rigidez.

Mas os casos frustos tendem a regredir, isto é, caminham para o desaparecimento dos symptomas. Qual das formas está aqui em esse doente J. L.? Elle tem a rigidez mas tambem tem os tremores. Demais, pelo tempo de evolução da molestia não se pode considerá-lo fazendo parte da forma frusta. Da progressiva tambem não. Em meu entender, elle está entre uma e outra dessas formas. Nem frusta, nem progressiva. E' uma forma que se poderia chamar de "estacionaria".

Essa syndrome post-encephalitica tem pois individualidade clinica perfeita. Mas se póde confundil-a com a chamada molestia de Parkinson. Varios symptomas são sufficientes para separar a syndrome da entidade morbida, aliás mal conhecida sob os pontos de vista etiológico, pathogenico e anatomo-pathologico.

Basta o estudo de como se apresenta a rigidez para se firmar o juizo. J. A. Barré e Louis Reys ("Le syndrome parkinsonien post encephalitique" no "Le Bulletin Médical" 30 de Abril de 1921) estudam exuberantemente o diagnostico differencial e concluem que na syndrome parkinsoniana a rigidez tem predilecção e maximo facial, os musculos mastigadores são compromettidos e a localisação cervico-facial precoce é maior que a dos outros pontos; os tremores são differentes, e não existem perturbações vaso-motoras que são comuns na molestia de Parkinson.

De todo esse cortejo de symptomas resalta a possibilidade de se não confundir os dous estados morbidos — a syndrome parkinsoniana e a molestia de Parkinson.

Não entro, portanto, na discussão desse ponto porque está liquidado já em pathologia. Outros factos é que se não acham. Assim, por exemplo, como se considerar em cada doente a syndrome que occorre nos casos de encephalite epidemica?

Em regra, antes do apparecimento da syndrome parkinsoniana existem sempre os phenomenos de encephalite. Não começa insidiosamente e pode se mostrar de 3 modos, segundo o pensar de Barré e Reys.

1.º — Constitue a manifestação inicial e dominante da encephalite epidemica.

2.º — Desenvolve-se como sequela immediata desta molestia emquanto outras manifestações da encephalite ainda evoluem.

3.º — Póde apparecer tardiamente e durante a convalescença de uma encephalite que foi muito ligeira e que é preciso se procurar com cuidado.

Qual é o caso de J. L.? Evidentemente o segundo, que é o *typo* o mais commum. Mas, nem sempre é possível o estabelecimento de distincção, saber quando acabou a encephalite e começou a *syndrome* excito-montora. Mas, em regra, a *syndrome* parkinsoniana apparece depois (alguns dias a algumas semanas) do episodio primitivo encephalítico.

São essas as considerações que suggere o doente. Não convém eu desça a outras indagações porque não ha necessidade de repetir o que dizem os tratadistas. Quero apenas deixar assignalado e archivado nos annaes da nossa medicina um caso sobre que tanto têm discorrido os auctores estrangeiros e nós mais ou menos silenciado.

UMA PERICIA MEDICO - LEGAL

EXAME DE SANIDADE PHYSICA

NUM CASO DE LESÃO CORPORAL LEVE

Pelos Doutores Prof.

OSCAR FREIRE e FLAMINIO FAVERO

Nós abaixo assignados, Drs. Oscar Freire de Carvalho e Flaminio Faverio, medicos, residentes nesta Capital, nomeados pelo Exmo. Sr. Dr. Adolpho Mello, M.M. Juiz de Direito da 1.^a Vara Criminal, para, procedendo ao exame de sanidade physica na pessoa de J. P., de 39 annos de idade, branco, natural de Portugal, casado, operario numa fabrica de anilinas residente á avenida N.^o n, respondendo aos quesitos abaixo transcriptos, damos a seguir o nosso parecer.

I

QUESITOS:

- 1.^o) Si do ferimento da mão esquerda do paciente resultou deformidade.
- 2.^o) Si desse ferimento resultou privação permanente do uso de organo ou membro.
- 3.^o) Si esse ferimento produziu incommodo de saude que inhabilitasse o paciente do serviço activo por mais de 30 dias.
- 4.^o) Qual o estado geral de saude do paciente actualmente.

II

Informa J. P que, no dia 22 de Agosto p.p., (1) ás 22 hs. e 40 min., recebeu na mão direita "uma pancada com um gancho de fechar

(1) Agosto de



Radiographia illustrativa da lesão estudada

portas metálicas onduladas”, que lhe “quebrou o dedo mínimo” e produziu “um pequeno ferimento” no dorso da mão esquerda. Na Assistência Policial, pensado o ferimento e reduzida a fractura, foi applicado um “apparelho”. Depois disso informa o paciente que não soffreu mais nenhum tratamento por profissional, não sabendo, informar si o apparelho contensor da fractura se manteve convenientemente applicado. Declara que este apparelho foi por elle retirado sem conselho medico, mas por deliberação propria, quinze dias depois de recebida a lesão. Quando retirou o apparelho, “a mão estava ainda muito inchada e dolorosa”. Não podia então fazer nenhuma movimento; mas progressivamente foi readquirindo os movimentos, já tendo podido nestes ultimos dias voltar ao trabalho, que aliás ainda não pode realizar como dantes, pois não pode fazer força com a mão esquerda e o seu trabalho habitual exige muita força em ambas as mãos”

Os peritos do exame de corpo de delicto, procedido logo depois de recebida a lesão, encontraram “um ferimento contuso, de forma linear, com cerca de um meio centimetro de extensão, interessando sómente os tecidos molles, situado no dorso da mão esquerda” e fractura do quinto metacarpiano esquerdo” e concluíram que “poderia resultar deformidade do dedo consequente á fractura descrita”.

Submettido o paciente a exame de sanidade a 24 do mesmo mez de Agosto, os novos peritos descreveram “fractura do quinto metacarpiano no seu terço inferior”; a “mão edemaciada” e a existencia de “um apparelho provisório constituido por gaze e uma tela de madeira sómente, tala esta situada, na face palmar do quinto dedo á região hypothénar”, affirmando que “o apparelho se achava bastante apertado” e negaram que da lesão podesse resultar deformidade ou enfermidade incuravel que privasse o paciente para sempre de exercer o seu trabalho.

Da divergencia entre as conclusões dos dous exames promanou o presente.

III

J. P. é um individuo branco, bem constituido, de compleição robusta, medindo 1m...? de altura, não apresentado vicio de conformação esquelética apparente e com excellent desenvolvimento do systema muscular. O seu estado geral é bom.

Passando ao exame da mão esquerda conforme o exigiam os quesitos apresentados, verificamos que está ligeiramente edemaciada, apresentando em alguns pontos proximos á borda cubital ligeiro colorido violáceo. No dorso observamos na porção correspondente ao terço distal do quinto metacarpiano ligeira saliencia que a palpação revela devida á formação de um callo osseo subjacente, o que facilmente tambem se percebe pelo exame da face palmar na mesma altura. O dedo mínimo ou auricular esquerdo apresenta-se desviado para fóra em angulo agudo e em semiflexão; está edemaciado e duro á palpação, sentindo-se na porção media da primeira phalange a resistencia de um callo osseo.

A mão esquerda tem normaes os movimentos sobre o punho, como normaes são tambem os movimentos de flexão e extensão dos

dedos, salvo o dedo mínimo. Neste dedo a extensão completa é impossível e a flexão, ainda imperfeitíssima, é quasi nulla.

A' inspecção da mão, sómente á pequena distancia se percebe bem o desvio do dedo mínimo e só com certa difficuldade se nota a saliencia anormal existente no dorso á altura do quinto metacarpiano.

O exame radiographico comprovou a existencia das fracturas que o exame clinico havia indicado, como claramente se verifica da prova radiographica que annexamos ao presente.

IV

Do exposto concluimos:

1.º) Em consequencia do trauma recebido em 22 de Agosto p. passado soffreu o paciente fractura do quinto metacarpiano esquerdo e da primeira phalange do dedo mínimo esquerdo;

2.º) A consolidação das fracturas se processou de modo defeituoso, como claramente o demonstra a prova radiographica annexa, o que explica o desvio e a semiflexão do dedo mínimo;

3.º) A consolidação viciosa deve ser attribuida principalmente á circumstancia de não ter o paciente seguido convenientemente o regime medico indispensavel ao seu estado, pois além de ter sido insufficiente o aparelho applicado (como aliás se percebe da allusão que a respeito fizeram os peritos do exame de sanidade de fls.) não foi o tratamento convenientemente fiscalizado por profissional, conforme o paciente informou.

O primeiro problema a analisar no caso consoante os quesitos é o da existencia de deformidade. Posto que commentadores do nosso Codigo Penal, da maior envergadura scientifica, hajam sustentado que só produzem deformidade as lesões situadas no rosto, não seria absurdo considerar deformante lesão situada em um membro, desde que acarretasse real damno esthetico. Mas, para tanto era essencial que, sendo permanente (e por consequencia irreparavel) fosse facilmente visivel nas condições da vida ordinaria o damno esthetico produzido. Poderemos considerar fora de discussão que a lesão produzida na mão esquerda do paciente seja já permanente, attendendo a que a operação sangrenta, que poderia corrigir o desvio resultante do callo vicioso, tendo riscos não compensados pelos resultados que poderia dar e não sendo grande a alteração da forma da mão, não seria decerto aconselhavel.

Mas, admittida embora a irreparabilidade e, portanto, a permanencia da lesão, cumpre averiguar se, de facto della resultou damno esthetico apreciavel, facilmente visivel nas condições da vida ordinaria.

Na mão esquerda do paciente ha de anormal, modificando-lhe o aspecto no momento do exame, o edema, a pequena saliencia do dorso, o desvio e semiflexão do dedo mínimo. O edema é transitorio: com o tempo irá se attenuando até desapparecer. A saliencia do dorso da mão é pouco visivel; só é verificavel em exame bem minucioso e feito proximo.

Restam o desvio e a semiflexão do dedo mínimo. Não nos parece provavel que se pretenda consideral-a com o damno esthetico real, e especialmente como produzindo damno esthetico de vulto a determinar a aggravação da pena prevista no art. 304 do nosso Codigo Penal.

Não nos devemos esquecer de que a semiflexão é, nas condições habituaes da vida, posição em que communmente são mantidos os dedos da mão, e de que o desvio existente somente é perceptível com exame attento e cuidadoso, e não ao primeiro encontro, logo ao defrontar o paciente. Dest'arte, embora admittissemos provada a existencia de damno esthetico, teriamos de confessar que este não é facilmente visível. Não é aparente nas condições da vida ordinaria e assim, não realisa as condições essenciaes para que houvesse deformidade.

Outro ponto que merece commentado é o que concerne á privação permanente do uso do membro ou orgam. O paciente tem integros, perfectos, os movimentos da mão esquerda, salvo os do dedo minimo, os quaes se acham tão diminuidos actualmente que poderiam ser considerados como abolidos. Com o tempo irão voltando progressivamente embora seja evidente que permanecerão para sempre ainda bastante attenuados, reduzidos. Ora, se considerarmos, em relação não só ao trabalho do paciente, como a qualquer outra especie de trabalho, o papel que desempenha nos movimentos da mão o dedo minimo que foi o lesado, evidente se tornará que a redução maior, ou até a abolição da capacidade funcional do dedo minimo nunca poderá importar em privação permanente do uso da mão, senão apenas em redução maior ou menos de sua capacidade funcional. Ora, a lei penal (art. 304) considera agravante, não a diminuição da capacidade funcional do membro ou orgão, mas a sua **privação permanente**. No caso, existe incontestavelmente diminuição permanente da capacidade funcional, mas não existe "**privação permanente do uso da mão**".

O ultimo ponto a analysar respeita á inhabilitação do paciente para o serviço activo por mais de trinta dias. Não ha duvida que, consoante a boa interpretação do § unico do artigo 304 do nosso Codigo, "a incapacidade para o serviço activo envolve qualquer especie de trabalho, quer seja habitual, quer seja o trabalho commun corporal", a incapacidade de voltar o individuo á sua actividade habitual. Mas, numa lesão da mão será sempre preciso encarar, principalmente, o caso do ponto de vista do trabalho habitual do paciente.

De outro lado, no fixar o tempo em que se deve considerar que cessou o incommodo de saúde que inhabilitava para o trabalho, houve quem tivesse pretendido que só se podia julgar habilitado para o serviço activo o paciente quando de todo estivesse consolidada a lesão recebida e depois de escoado o prazo da convalescencia, quando, em summa, reacquirisse o individuo com as forças dantes, capacidade de trabalho egual ou comparavel a que dantes possuia. Consoante essa doutrina, não podendo o paciente entregar-se actualmente ao seu trabalho com a efficacia anterior, embora soubessemos que elle já havia voltado á actividade normal de sua vida, ao exercicio activo do seu emprego, deveriamos considerá-lo ainda "inhabilitado para o serviço activo" porque ainda não retornou ás condições anteriores.

Outra corrente, porém, muito mais consentanea com o espirito do nosso Codigo, defende o principio de que o perito deve considerar que a inhabilitação para o trabalho cessa desde que o individuo póde voltar ao seu trabalho, sem damno para sua saúde, sem aggravação de seu mal, se resta embora sem poder ainda exercer a sua actividade como dantes. Cumpre-lhe, pois, averi-

guar se a lesão não impede de retomar o trabalho e se da volta ao trabalho pôde resultar aggravação para o mal restante ou prejuizo outro qualquer para a saúde ou para a vida do paciente.

E' a doutrina que nos parece mais racional e a que temos sempre obedecido nos nossos exames.

Dada essa explicação, justificativa indispensavel para bom entendimento da nossa resposta, passemos ao exame do caso.

As fracturas que soffreu o paciente estão consolidadas. Mas ainda não desappareceram as alterações locais que dellas resultaram. Entretanto, elle pôde voltar ao trabalho sem prejuizo para a sua saúde local ou geral, como de facto já voltou, embora não possa exercel-o como dantes, com o mesmo vigor, com a mesma efficacia; o paciente, pois, não ficou ao nosso ver inhabilitado para o serviço activo por mais de 30 dias.

V

De accordo com as ligeiras considerações acima feitas, respondemos aos quesitos propostos da maneira seguinte:

Ao 1.º: Não.

Ao 2.º: Não.

Ao 3.º: Não.

Ao 4.º: Bom.

FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO PAULO

Serviço clinico do Professor Ovidio Pires de Campos, no Hospital Central da Santa Casa de Misericordia de São Paulo

SYNDROMO ALTERNO DE JACKSON COMPLICADO

Observação do Dr.

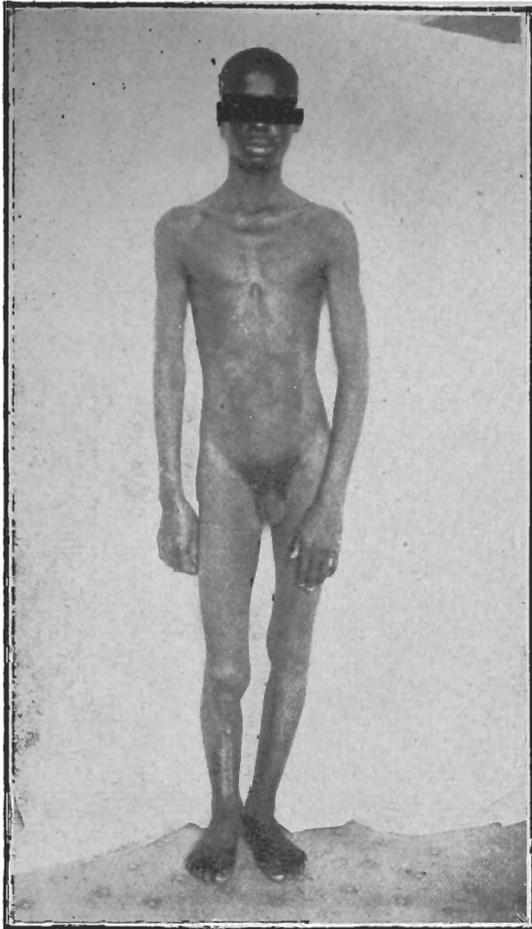
FRANKLIN DE MOURA CAMPOS

A 5 de junho do corrente anno internou-se na 3.ª E. M. H. da Santa Casa de Misericordia, indo occupar o leito n.º 20, um doente portador de uma hemiplegia direita, associada a multiplas lesões nervosas.

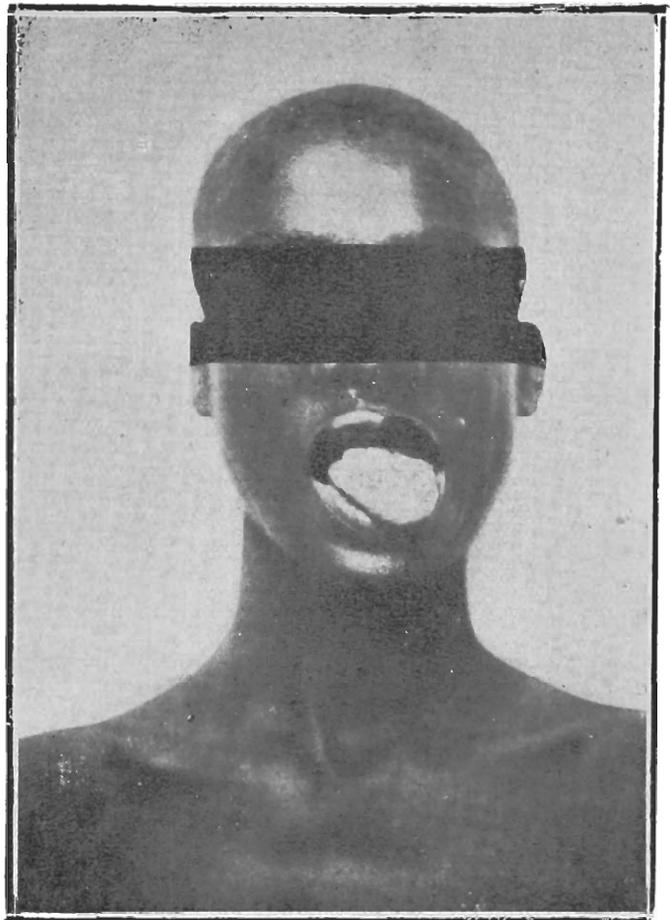
Achamos curioso o caso e resolvemos observal-o. Eis a razão deste trabalho.

Segue a observação:

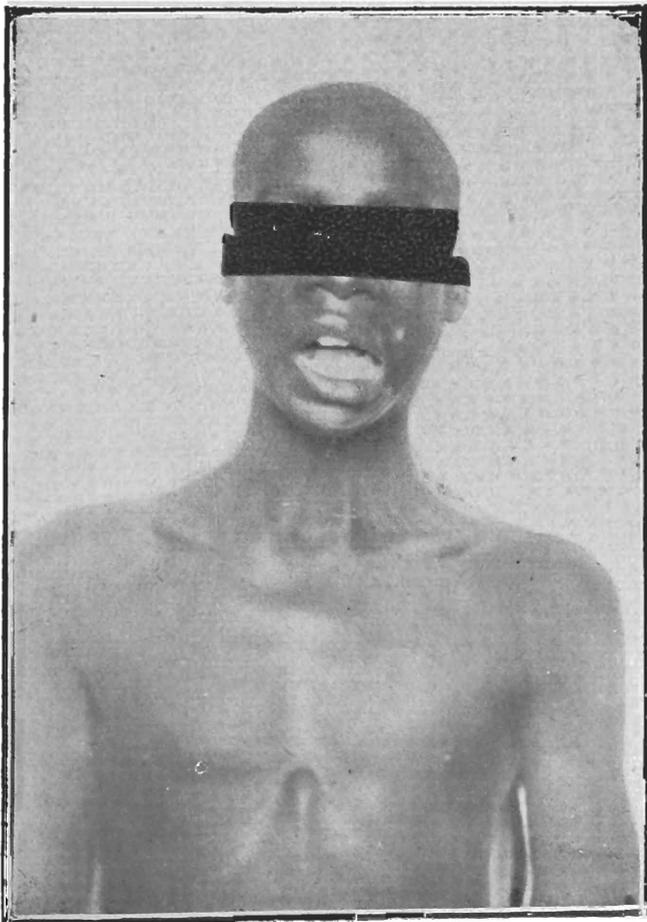
J. O., brasileiro, preto, solteiro, trabalhador e procedente de Taubhy. A 2 de junho entrou para 1.ª E. C. H., sendo 3 dias depois removido á 3.ª E. M. H. — serviço do Prof. Ovidio Pires de Campos.



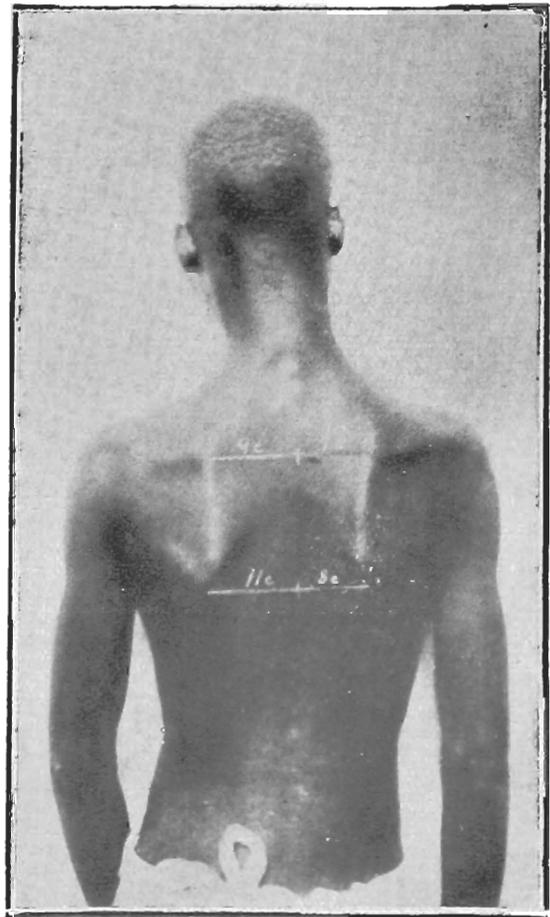
Photographia n.º 1: — Hemiparesia direita.
(20—VI—1923).



Photographia n.º 2: — Desvio da bocca. Ausencia de contracção do cuticular direito. (20—VI—1923).



Photographia n.º 3: — Desvio da lingua para a esquerda. Menor saliencia do Esterno-Cleido-Martoi-dêu homolateral. (26—VI—1923).



Photographia n.º 4: — Maior saliencia do omoplata esquerdo. Ligeira quéda e desvio para fóra. (26—VI—1923).

ANTECEDENTES DE FAMILIA: — Paes fallecidos, não podendo precisar a molestia que os victimou, nem o tempo. Não tem irmão. Não sabe informar se sua mãe teve aborto.

ANTECEDENTES PESSOAES: — Teve sarampo e coqueluche na infancia. Nega qualquer antecedente venereo-syphilitico.

MOLESTIA ACTUAL: — Sua historia progressa: — A 22 de maio do corrente recebeu, no meio de uma disputa, á distancia de 2 metros, um tiro desfechado por um dos contendores. Perdeu, immediatamente, os sentidos. Voltou a si, meia hora depois, segundo as informações dos que lhe ministraram os primeiros cuidados. Que perdera sangue, e bastante, vermelho, rutilante, pela cavidade buccal e nada pelos ouvidos, soube mais tarde. Durante o tempo que esteve desaccordado não teve contracções, generalizadas ou localizadas. Sobre o apparecimento das perturbações de que é portador procurámos a sua elucidação, o que conseguimos, em parte, com grande difficuldade. Apuramos, assim, que uma accentuada dysarthria já era patente quando o doente deu por si, acompanhada de um desvio da bocca e dôres nas regiões facial e cervical desse lado. Sómente na manhã seguinte percebeu que a motilidade dos seus membros direitos, sobretudo a do superior, estava comprometida, quando, então, a dysarthria ganhou em intensidade e ficou accrescida de uma dysphagia.

Procurando narrar os factos succedidos — e sua memoria era e é fiel — verificou a difficuldade que encontrava para falar, com perturbação dos movimentos da lingua, no interior da cavidade buccal. Ainda nesse dia perdeu um pouco de sangue pela bocca.

ESTADO ACTUAL: — De mediana estatura e regular compleição muscular é o nosso observado. Paniculo adiposo regularmente distribuido. Mucosas clinicamente exploraveis, coradas. Ganglios inguino-cruraes enfarctados. Difficilmente fala e sua voz é bitonal.

Cabeça: — Normal a conformação do craneo. Chama desde logo attenção a existencia, na parte inferior do sulco naso-geniano esquerdo — mais escavado que o seu homologo — de uma pequena cicatriz, arredondada. Além desta perturbação nenhum outro facto revela asymetria facial, no estado de repouso, não acontecendo o mesmo quando o doente, ri, fala, abre a bocca ou tenta assobiar. Nestas emergencias, porém, se instala um desvio para fóra e para baixo da commissura labial esquerda (ver photographia n.º 2), ao mesmo tempo que em rugas se escava a porção inferior da hemiface homolateral e entra em contracção o cuticular, na região cervical do mesmo lado. Esses actos são seguidos de dôres diffusas, na face e no pescoço.

Está perfeitamente integro o facial superior. São presentes e semelhantes as rugas frontaes transversaes e verticaes provocadas. Os supercilios conservam o seu arqueado caracteristico. Não ha lagophthalmia, epiphora; tambem são negativos os signaes clinicos de Negro, Bell, Legender, Dupuy-Dutemps e Cestan e de Revilliod. Quanto ao facial inferior observamos: ausencia de desvio do nariz e do mento, com igualdade das narinas. O sulco naso-geniano esquerdo está mais accentuado, onde descrevemos uma cicatriz-ponto de penetração da bala. Não ha flacidez da bochecha e está ausente o signal de Mingazzini. Desvio da commissura labial esquerda quando o doente abre a bocca. A palpação da face mostra reacção muscular

á esquerda, despertando, mesmo a superficial, phenomenos dolorosos. Não accusa seccura da lingua, hypo ou hyperacusia, nem retenção dos alimentos no sulco gengival direito. Reacção electrica normal. O facial direito reage bem.

Ha accentuado trismo.

Bocca: — Pequena amplitude no abaixamento do maxillar inferior, difficultando bastante o exame da cavidade buccal. Não accusa a lingua pesada, enchendo esta, mas informa que durante a mastigação, ou quando procura articular palavras, sente, nesse organo, accentuadas dôres. Edema da face interna da bochecha esquerda. No fundo da cavidade buccal, deste lado, ha uma ulceração, de contornos irregulares, com edema ao redor.

Dentes em bom estado, alguns mal implantados, faltando, na arcada superior, em correspondencia ao ponto de penetração da bala, um premolar.

Lingua: — Coberta de uma espessa camada de suburra, apresenta-se, no interior da cavidade buccal, com um ligeiro desvio para direita. Superficie lisa, sendo apagado o sulco mediano. No seu dimidio esquerdo, um pouco atrophiado, menos consistente, descolorado, existia encravado um corpo duro, pequeno e branco. Ligamos este facto á ausencia recente do pre-molar, o que communicamos ao especialista. Este retirou da lingua a metade de um dente.

Movimentos da lingua: — De um modo geral estão todos limitados, de preferencia os de lateralidade á esquerda. O de elevação só é executado pela metade direita da ponta, que, assim, nos mostra sua face inferior. Não conseguimos os movimentos em dorso e em escavação mediana. A projecção, para fóra, está diminuida, evidenciando um desvio para esquerda, como mostra a phot. n.º 3. Este desvio é real, independente do que soffre, nessa occasião, a commissura labial. Tomando-se, assim, um ponto de reparo fixo, como a arcada dentaria superior, vamos verificar que, emquanto a borda direita da lingua, em projecção, corresponde ao canino homolateral a esquerda alcança o 2.º premolar. A photographia n. 3 mostra que no lado direito ha um espaço separando a commissura labial da borda direita da lingua.

Diminuição accentuadissima da excitabilidade da metade esquerda. Salivação abundante. Saliva alcalina e viscosa.

Gustação: — Normal no dimidio direito, para o salgado, doce, azedo e amargo; um pouco attenuada no esquerdo á percepção do doce, na região da ponta.

Exames feitos pelo Dr. Moreira

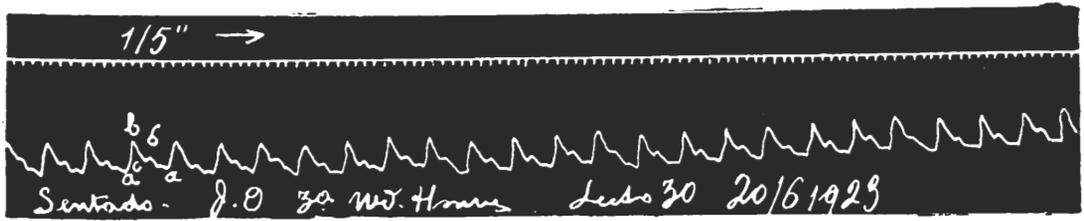
1.º exame — 16-6.

Edema accentuado do véo do paladar, mais do lado esquerdo, alcançando, homolateralmente, a bochecha, pharynge e larynge. O corpo extranho encravado na lingua e a ulceração que descrevemos na cavidade buccal foram verificados pelo especialista. Accentuado trismo. Immobilidade do véo do paladar, no seu lado esquerdo e ligeiros movimentos na metade opposta. Uvula na linha mediana. Paralysis completa, em posição cadaverica, da corda vocal esquerda. Paralysis da arythnoide do mesmo lado. Anesthesia laryngo-pharyngo-velo-palatina.

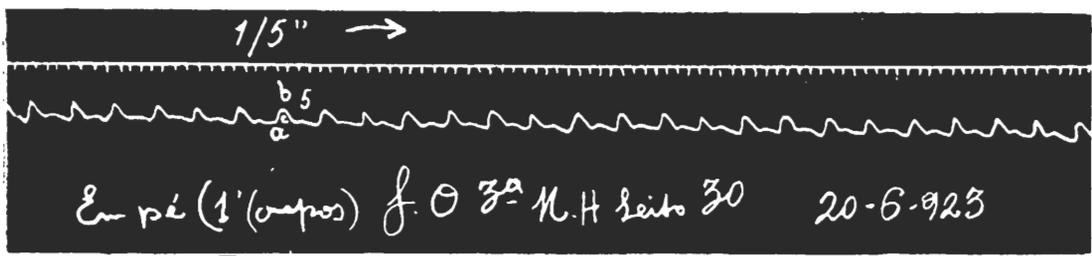
2.º exame — 19-6.

Os mesmos factos foram observados.

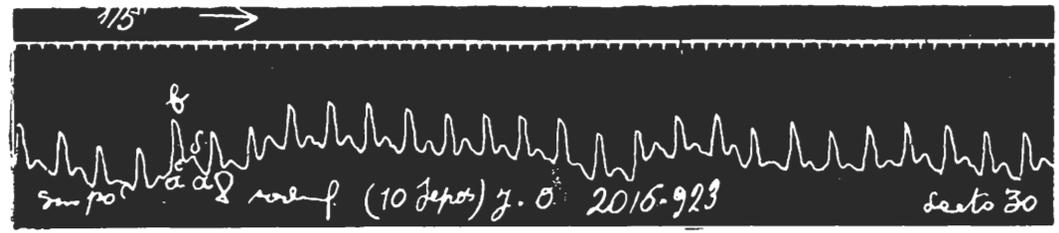
3.º exame — 21-6.



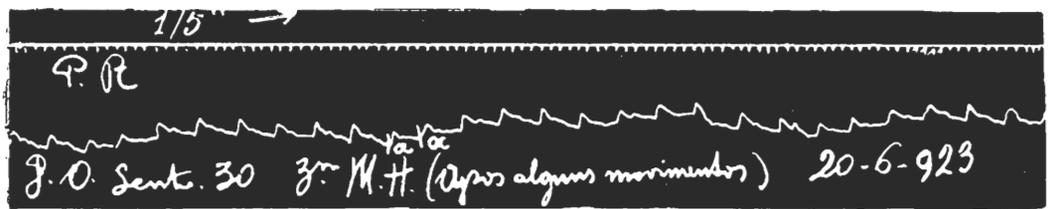
Graphico n.º 1



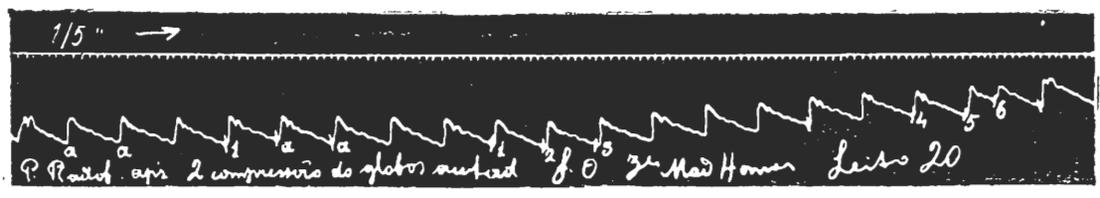
Graphico n.º 2



Graphico n.º 3



Graphico n.º 4



Graphico n.º 5

Melhoria do trismo e do edema. A corda esquerda continua paralyzada, um pouco encurvada para dentro. Ligeiros movimentos ao nível da arythnoide e da parte posterior do véo do paladar. Anesthesia persistente.

4.º exame — 23-6.

Como unica differença do exame anterior resalta a diminuição do edema.

Os exames feitos em 25 e 26 nada revelaram além dos factos observados no ultimo.

7.º exame — 6-8.

Diminuição da paralyzia do véo. Persistencia da hemi-anesthesia verificada. Paralyzia da corda e da lingua do lado esquerdo.

Olhos: — Conjunctivas oculares coradas. Musculatura extrinseca normal. Reflexo da cornea presente. Sobre o estado da musculatura intrinseca e outros pormenores, diz o exame feito em 23-6 pelo Dr. Pereira Gomes: ligeira anisochoria, com pupilla de OD maior; reacções pupillares normaes de OE e um pouco diminuidas de OD; meios oculares e musculatura externa normaes. Não ha diplopia. Fundi: OD —hyperemia venosa; OE normal. Visão normal de AO.

Nariz: — Nada de anormal. Reflexo nasal presente.

Ouvidos: — Normal — O exame feito em 27-6 nada mostrou de pathologico. Não ha anesthesia do pavilhão da orelha; é negativo o signal de Escat.

Pescoço: — A inspecção geral, em repouso, visto o doente pela frente, mostra uma diminuição da saliencia dos feixes esterno-cleido-occipito-mastoidêos esquerdos, particularmente da do esternal (phot. n.º 1). Está um pouco mais escavada a fossa supra-clavicular do mesmo lado, onde o trapezio, descendo da extremidade cephalica para ganhar o omoplata o faz menos suavemente, perdendo o seu arqueado. O abaixamento forçado do maxillar superior promove a contracção das fibras do cuticular esquerdo, facto não observado á direita. Desloca, o doente, facilmente a cabeça para o lado direito, embora na execução desse movimento soffra dôres fortes na nuca. Estão normaes os outros movimentos. A escavação da fossa supra-clavicular esquerda mais se accentúa com os movimentos de elevação da cintura escapular e de abducção do braço. Não ha projecção clavicular — a descripta **pseudo-hypertrophia**.

A palpação mostra a existencia na face posterior, lado esquerdo, de uma zona saliente, com reacção muscular e dolorosa. Flacidez, embora pouco patente, dos musculos trapezio e esterno-cleido-occipito-mastoidêo. Ausencia de enfartamentos ganglionares.

O exame electrico, feito pelo Dr. Scaff em 23-6, mostrou reacção bem diminuida de ambos. O trapezio direito possui contracção mais brusca e que se effectua de uma só vez. Contracção vermicular do feixe superior do trapezio esquerdo.

A excitação do esterno-cleido direito produz immediata contracção dos seus dois ramos, com desvio da cabeça. Pouco nitida é a contracção para o musculo do lado opposto.

Thorax: — Conformação normal, visto pela face anterior. Paniculo adiposo pouco desenvolvido. São iguaes as distancias acromio-claviculares. Parece haver uma ligeira queda da cintura escapular esquerda. O thorax, estudado pela sua face posterior, não revela desvio da columna vertebral, nem atrophia das massas musculares supra e infra-espinhosas. O omoplata esquerdo mostra-se mais saliente e um pouco desviado para fóra (phot. n. 4). Acreditamos

não correr esse desvio por conta da inclinação que o doente imprimiu á extremidade cephálica no momento de ser photographado, pois certas medidas apanhadas em perfeito estado de repouso nos autorizam a assim pensar. Vejamos:

a) Da parte media da borda espinhal de um omoplata ao ponto homologo de outro vae uma distancia de 15,5 cent., dos quaes 9 correspondem ao espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo, e 6.5 cent. ao direito.

b) De um angulo inferior ao outro verificamos 19 centímetros, sendo 11 para a distancia que vae do lado esquerdo á columna e o restante á opposta;

c) De um angulo superior ao outro medimos 16 centímetros, sendo 9 para o lado esquerdo e 7 para o direito.

Apparelho respiratorio: — Typo respiratorio thoraco-abdominal. Movimentos respiratorios de regular intensidade, bem rhythmados, em numero de 20 por minuto. A palpação não desperta dôres nas espaduas e regiões claviculares. A percussão mostra ligeira sub-maciszez no apice direito, onde a escuta revela uma respiração rude, soproza, com a phase expiratoria prolongada. Signaes evidentes de bronchite diffusa. Tosse rouca e pouca expectoração.

Aparelho-cardio-vascular: — Area de maciszez cardio-aortica normal. Ictus cordis n.º 5. Entrecôsto esquerdo. Bulhas bem audiveis. Pulsos isochronos, rapidos, rythmados e de media intensidade. Mostram-se excessivamente iustaveis, como revelam os exames, digital e esphygmographico, feitos.

1.º exame — 16-6.

Em decubito dorsal — 96.

Sentado — 120.

Em pé — 124.

10 minutos depois:

Em decubito dorsal — 96.

Após compressão de dois minutos dos globos oculares — 80.

2.º exame — 20-6.

1) Graphico numero 1 — sentado. Pulso regular intensidade, bem rhythmado, com uma frequencia de 90 pulsações por minuto.

2) Graphico numero 2 — 1 minuto depois. Frequencia maior — 105; amplitude menor e rhythmo normal.

3) Graphico numero 3 — 10 minutos depois. Frequencia de 110, amplitude maior e rhythmo normal.

4) Graphico numero 4 — após alguns passos. Frequencia de 95, amplitude pequena e rhythmo normal.

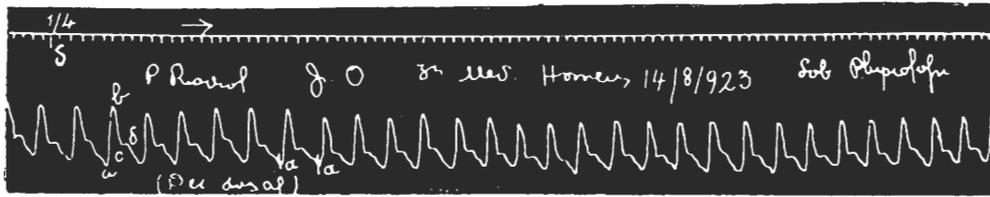
5) Graphico numero 5 — após 2 minutos de compressão dos globos oculares. Queda do pulso para 50 (reflexo oculo-cardiaco muito demonstrativo), augmento da amplitude e apparecimento de ondulações catacroticas. Arhythmia.

3.º exame — 14-8.

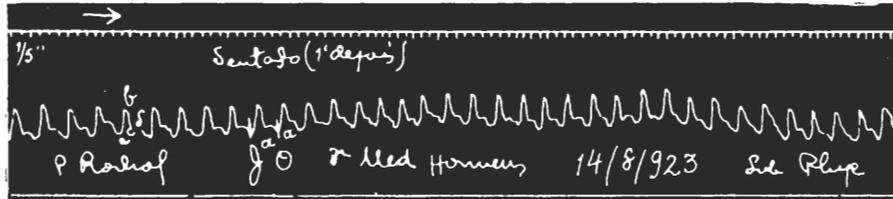
6) Graphico numero 6 — em decubito dorsal. Pulso de regular intensidade, bem rhythmado, com uma frequencia de 80 pulsações por minuto.

7) Graphico numero 7 — sentado — 1 minuto depois. Diminuição da amplitude e augmento da frequencia para 100.

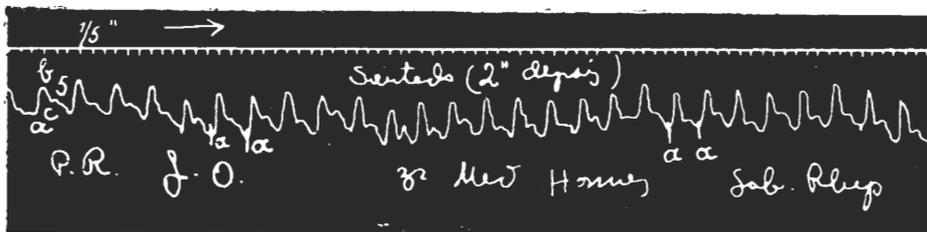
8) Graphico numero 8 — sentado — 2 minutos depois. Frequencia anterior no inicio do traçado e um augmento para 105 na por-



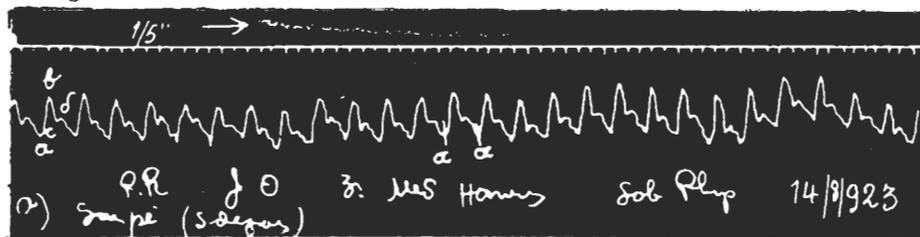
Graphico n.º 6



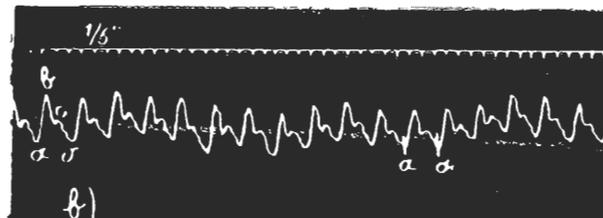
Graphico n.º 7



Graphico n.º 8



Graphico n.º 9



Graphico n.º 10

ção final. A regularidade do esphygmogramma está alterada pela curva pneumographica que nelle se inscreve.

9) **Graphico numero 9** — em pé — 5 minutos depois. Augmento da tachycardia para 110, com a mesma influencia do rhythmmo respiratorio. Os graphics 10 e 11 nada mais são que continuação do numero 9. Revelam a mesma frequencia, amplitude e rhythmmo.

12) **Graphico numero 12** — após 2 minutos de compressão dos globos oculares. Apresenta um augmento da amplitude com diminuição da frequencia para 75. O rhythmmo parece normal.

13) **Graphico numero 13** — após 2 minutos e 69/5 de compressão. Queda para 55, surgindo, já, uma arhythmia.

14) **Graphico numero 14** — após 4,5 minutos de compressão. Ha no inicio uma elevação a 60 e depois uma volta a 55. Arhythmia existe ainda, mas não de uma maneira clara, como nos revelou o graphico numero 5.

Abdome. Os meios de exame nada ensinam de interessante. Os reflexos estudaremos abaixo.

Apparelho digestivo. Lingua saburrosa. Não ha dysrorexia, vomito, nem polydipsia. Evacuações regulares. Dysphagia não dolorosa para todos os alimentos, sobretudo aos liquidos. O doente deu a entender que os alimentos eram deglutidos com certa difficuldade, accusando á altura da cartilagená cricoide a região onde tinha a sensação de sua parada. Seu visinho de enfermaria insistiu, quando o interrogamos, em torno desta perturbação. Fizemos o doente deglutir agua e observamos a veraciúade do facto. O acto deglutitorio era interrompido na sua phase esophagiana, ao mesmo tempo que uma tosse surgia (tosse de deglutição de Vernet?) Não notamos refluxo dos alimentos, pela bocca ou pelo nariz — logo havia operculisação rhino-pharyngéa.

Systema nervoso. Apresentava o doente, quando deu entrada no serviço clinico do Prof. Pirez de Campos, uma hemiplegia direita parcial e incompleta, com o membro superior ligeiramente contracturado em flexão, sem conseguir movel-o, e a perna descrevendo um arco de circulo, quando caminhava. Cedeu a contractura alguns dias depois, como demonstra a phot. n. 1, apanhada em 20-6. Sensibilidade superficial diminuida em todas as suas modalidades, no lado direito. Hyperesthesia da hemiface esquerda.

Reflexos. Os profundos ou tendinosos estavam exagerados no lado direito. Assim notamos:

- 1) Mentoniano — augmentado.
- 2) Biceps — augmentado.
- 3) Longo supinador — augmentado.
- 4) Escapulo humeral — augmentado.
- 5) Carpo-metacarpiano — ausente.
- 6) Triceps — normal.
- 7) Patellar — muito vivo.
- 8) Achilliano — muito vivo.
- 9) Clonos do pé e dansa da retula.

Reflexos cutaneos e mucosos:

- 1) Da cornea — presente.
- 2) Pharyngêo — ausente.
- 3) Véo do paladar — ausente.
- 4) Escapular — ausente.
- 5) Epigastrico — ausente.

- 6) Abdominaes — ausentes.
- 7) Cremasteriano — ausente.
- 8) Glúteo — ausente.
- 9) Signal de Babinski — pela excitação da planta do pé, pela manobra de Oppenheim e pela Gordon (reflexo flexor paradoxal).

Não ha perturbação baresthesica, nem da altitude segmentar. Não observamos dysmetria, asynergia, tremores, catalepsia e estado vertiginoso.

O exame electrico, feito em 23-6 pelo Dr. Scaff, revelou menos excitabilidade do lado direito. Ausencia de R. D.

Normaes os reflexos do lado esquerdo.

As perturbações sensitivas e motoras soffreram modificação com o evoluir da molestia. Hoje o doente caminha com facilidade, fala melhor e apresenta bem diminuido o desvio da commissura buccal. Um mez depois de internado suas mãos foram séde de intensa descamação, ao mesmo tempo que atrophiado ficou seu membro superior direito. Os reflexos tendinosos ainda estão vivos, embora falte a extensão do grande artelho. Ligeiros tremores são perceptíveis em substituição á dança da rotula e o clonos do pé.

A sensibilidade tactil está presente e normal, ao passo que a thermica e dolorosa se mostram diminuidas no membro inferior direito, na face externa da coxa e na perna. A dissolução syringomyelica existe, tambem, no membro superior direito. Ligeira hyperesthesia da hemi-face esquerda. Do dia em que entrou até 7 de agosto ultimo J. O. teve sua temperatura acima da normal, com elevação vespéral.

Foram ainda feitos os seguintes exames, como meios auxiliares do diagnostico:

Raios X: — A radiographia N.º 1, de perfil, feita pelo Dr. Barros, mostra a existencia de um corpo opaco, lateralmente situado á columna vertebral, á altura da 2.ª cervical, e um pequeno fragmento abaixo do angulo do maxillar inferior. A N.º 2, no sentido postero-anterior, mostra a bala occupando o lado esquerdo.

R. de Wassermann — Positiva (+)

Exame de urina: — Nada de anormal.

Exame de escarro: — Negativo.

Resumo das perturbações apresentadas por J. O. actualmente.

LADO DIREITO

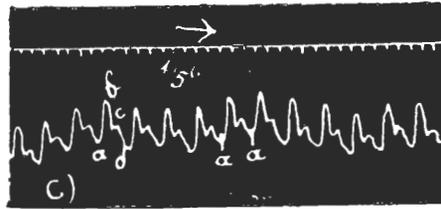
- 1) — Paresia parcial, incompleta.
- 2) — Hypo-esthesia, typo syringomyelico.

LADO ESQUERDO

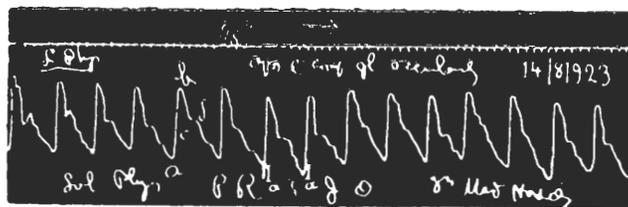
- 1) — Paralysis do X
- 2) — Paralysis do XI
- 3) — Paralysis do XII
- 4) — Irritação do VII
- 5) — Irritação do V

Como decorre da observação, o nosso doente traz o conjuncto clinico de syndromo alterno, typo Jackson complicado. O exame, de facto, revela uma modificação na esphera sensitivo-motora de um lado, e de outro, uma dysfunção se evidencia no tocante os papeis outorgados em nossa economia a 5 nervos encephalicos.

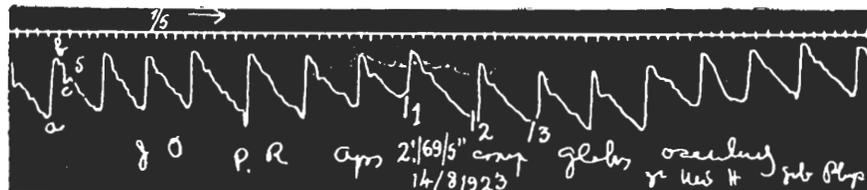
LADO DIREITO: — Basta meditar um pouco em torno da sua marcha disforme, da hyperreflexia tendinosa, traductora da libertação espinhal do dominio cortical e da areflexia cutanea, do lado direito.



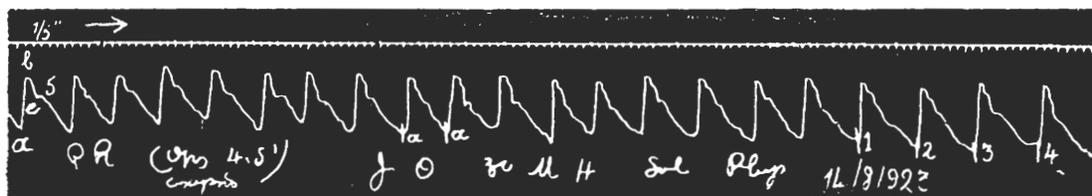
Graphico n.º 11



Graphico n.º 12



Graphico n.º 13



Graphico n.º 14

para que, sem mais detença, seja admittido o compromettimento do contingente cortico-medullar, que se origina na area giganto-pyramidal esquerda. Que tambem a via sensitiva não continúa normal, mas em estado deficiente, no tocante a transporte da sensibilidade superficial, ao menos nas suas formas thermica e dolorosa, attesta a hemi-hypoesthesia syringomyelica.

LADO ESQUERDO: — Como complemento, factor que caracterisá o syndromo alterno, notamos, aqui, alterações interessantes, que merecem consideradas de perto.

I) — Paralysis do X: — O vago, nervo mixto, tem sua origem real na porção media do nucleo ambiguo, esta longa columna de substancia cinzenta que, no bulbo, é representante da cabeça do corno anterior, decapitada pelo entrecruzamento motor pyramidal. Suas fibras motoras abandonam a caixa craneana pelo buraco despedaçado posterior, reúnem-se ás do ramo interno do espinhal, formando o tronco vago-espinhal. Suas fibras sensitivas, com origem nos seus ganglios têm como ponto de terminação a parte inferior da aza cinzenta, columna que o entrecruzamento sensitivo forma pela decapitação do corno posterior.

O quadro abaixo resume as perturbações da paralysis do pneumogastico:

A) SYNDROMO MOTOR	}	1) pert. respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> a) diminuição dos movimentos respiratorios; b) pert. pulmonares; c) tosse coqueluchoide (Ver-net).
		2) pert. circulatorias	<ul style="list-style-type: none"> a) tachycardia; b) instabilidade do pulso; c) arhythmia; d) desaparecimento do reflexo oculo-cardiaco.
		3) pert. da deglutição	
		4) pert. salivares.	
B) SYNDROMO SENSITIVO	{	1) perturbação da sensibilidade palato-pharyngolaryngéa (anesthesia)	
		2) signal do trago, ou de Escat.	

A) Syndromo motor.

1) **Pert. respiratorias:** — Apresentou o doente, durante um longo espaço de tempo, tosse rouca, hypersecreção das vias respiratorias, expectoração difficultada pe'as paralysias presentes e signaes de bronchite diffusa. Inclina-mos a incriminar uma infecção intercorrente, a gripe, que então campeava em nossa cidade, como responsavel pelo quadro acima, considerando o seu inicio e a marcha seguida.

2) **Pert. circulatorias:** — Estas collocamos ás expensas de uma paralysis do vago. Registamos: ligeira tachycardia, notavel instabilidade do pulso, arhythmia e o reflexo oculo-cardiaco de Ashner-Miloslawich.

Melhor que qualquer argumentação, demonstram estes factos os nossos graphicos. Os Ns. 1 e 2 falam em pról da instabilidade, que, digamos de passagem, mais se evidenciava nos momentos de troca de posição. O n. 5 inscreve o reflexo oculo-cardiaco, após 15 mi-

ntos de repouso, quando as ondulações esphygmicas se mostravam com a frequencia das do graphico n. 1.

Além de bradicardico o pulso é, agora, arhythmico. Por este Jesvio da normalidade responsabilisamos uma alteração da funcção chronotropica cardiaca, ou estimulogenica, como bem definia o Prof. Miguel Pereira. Julgamos, assim, identificar no graphico n. 5 uma arhythmia sinusal, pois acreditamos que as precoces ondulações x e y não correm por conta de extra-systoles, visto não haver equivalencia entre duas revoluções cardiacas e a somma dos espaços 1-2 e 2-3. Falta a pausa compensadora de Marey, que sempre acompanha os accidentes extra-systolicos.

Como interpretar esse reflexo trigemeo-vago, paradoxal aqui, por ser a sua ausencia e não a sua presença a traducção da paralyasia do pneumogastrico? A influencia da compressão dos globos oculares sobre o rhythmocardiacco tem sido objecto, ultimamente, de acurados estudos dos clinicos e physiologistas. Petzetakis estudou-a electrographicamente, utilizando nas suas pesquisas o compressor manometrico de Roubinowitch. Outros trabalhos têm sido publicados, como os de Dagnini, Danielopulo, Lewis, Laubry e Harvier, Pezzi e Clerc, etc.

O Prof. Pace (1) estudando os dois syndromos de paralyasia do vago, aborda, entre outras, a questão do reflexo oculocardiacco nos casos de ferimentos unilateraes. Diz que Collet e Petzetakis obtiveram pela compressão do globo ocular do lado illeso um reflexo normal ou positivo, ao passo pela feita no globo do lado doente a sua inversão. Procuramos verificar esse facto em nosso doente e fomos encontrar o reflexo positivo, e muito, após compressão isolada e bem espaçada deste ou aquelle globo ocular. Duas perguntas achamos opportunas: a) como interpretar em J. O. a bradycardia pela compressão do lado esquerdo, uma vez levada em consideração o registo de Collet e Petzetakis?; b) como conciliar a presença desse signal de hypertonia do vago com outros evidentemente traductores da sua paralyasia? Respondemos ás duas, lembrando a existencia de fibras internucleares, ao nivel do bulbo, entre os centros motores do vago, donde a possivel diffusão de uma incitação chegada. Aquella trazida pelo trigemeo esquerdo no primeiro caso, ou por ambos no segundo, aproveitaria o vago direito, em estado hygido, como via centrifuga. Essas fibras internucleares, myelencephalicas, garantem, ao nosso ver, a possibilidade da presença do reflexo por compressão do ou dos globos oculares, nos casos de lesão unilateral do X par. Não acreditamos que assista razão a Petzetakis para affirmar a falta do reflexo, ou a inversão pela compressão homoterl no nervo lesado.

Poderá a bradycardia, signal de hypertonia do vago, ser, no caso que estudamos, explicada por uma dissocição do syndromo motor, talqualmente o fez Pace em relação ao syndromo sensitivo? As fibras afferentes ao coração poderão estar irritadas, quando outras, do mesmo tronco são, positivamente, séde de um estado hypotonico?

Não acreditamos, e contra essa hypothese falam nossas experimentações (2) e a clinica nas mãos de Moure, Liébault e Canuyt (3).

(1) Su gli effetti della sezione del vago sinistro in una donna. — Studium — 5-5-922.

(2) Em torno da physiologia do tronco vago-espinhal. — 1923.

(3) Pathologie de guène du larynx et de la trachée. — 1920.

Demonstramos em um trabalho recente a existencia, no cão, de uma verdadeira systematisação no tronco vago-espinhal, em virtude da qual as fibras afferentes ao coração e á larynge seriam periphericas, e esses autores trazem documentos indubitaveis. Visto isso, como admittir a destruição das fibras profundas, com apenas irritação das superficiaes?

Esta observação nega a segunda hypothese aventada para explicar a bradycardia, reforçando, indirectamente, a primeira. Em favor desta ultima ainda trazemos uma outra argumentação. Em 1914, Morat e Petzetakis deram ao vago direito um accentuado papel sobre a producção da fibrillação auricular. Gauter e Zahn foram além, collocando sob as ordens deste nervo o funcionamento do sinus auricular de Keith e Flack, ao passo que o esquerdo teria seu dominio reservado ao nó de Aschoff-Tawara. Vê-se, assim, que a funcção chronotropica, ou de excitação, obedeceria ao vago direito e a bathmotropica ao esquerdo. Esta concepção confirma a nossa hypothese acima, de ser o vago direito, integro, o responsavel pelo exagerado reflexo oculo-cardiaco, pois a arhythmia que registamos é do typo sinusal, traduz uma alteração funccional do sinus reunens.

3) **Pert. da deglutição:** — Positiva, não dolorosa, no momento esophagiano, de preferencia aos alimentos liquidos. Será a dysphagia causada pela hemivelo-glossoplegia? Não, porque, então, deveria surgir na pre-deglutição, na phase buccal.

A dysphagia era seguida de tosse, não occasionando refluxo dos alimentos. Foi a primeira pert. a desaparecer.

4) **Pert. salivares:** — A paralyisia do vago, diz Pace, é acompanhada de secura da bocca, traduzindo a hypersecreção um estado hypotonico. Como explicar em nosso doente este flagrante contraste? Recorremo-nos a Guillaume (1), entre outros, que admite a secreção das glandulas salivares correndo por conta de fibras do systema para-sympathico incluidas no tronco do facial e do glosso-pharyngéo. Outras fibras existem, agindo sobre as glandulas, emborá em menor escala, provinientes do systema thoraco-lombar. Ha normalmente um verdadeiro estado de equilibrio entre ellas, que rompido, traz o estado hypertonico de umas, com estado opposto de outras. Não haverá em J. O. lesão das fibras do systema sympathico verdadeiro?

B) **Syndromo sensitivo.**

1) **Anesthesia palato-pharyngo-laryngéa.** — Esta alteração da sensibilidade fez parte do laudo do especialista. Qual triade sensitiva attesta a lesão das fibras bulbopetas do vago, uma vez aceita a moderna concepção de Vernet, que, para sempre, mostrou a sua interferencia na innervação do tracto palato-pharyngo-laryngéo, afastando o glosso pharyngeo e o trigemeo?

2) **Signal do trago ou de Escat.** — Consiste na anesthesia de uma região circular, de 4 a 5 centímetros de diametro, tendo como centro o conducto auditivo externo. Traduz paralyisia do ramo auricular do vago de Arnold ou da fossa jugular de Cruveillier. Negativo em nosso doente.

(1) Le sympathique et les systèmes associés. — 1922.

Pace cita ainda, como lesão do vago, uma dôr, espontânea ou provocada pela compressão de larynge e uma tosse, coqueluchoide, pela pressão sobre a cartilagem thyreoide, ou, como quer Vernet sobre o angulo maxillar do esterno-cleido-occipito mastoidêo. Esses phenomenos traductores, como é corrente, de uma irritação dos filletes sensitivos do vago foram pelo autor italiano registados em uma doente que soffrera secção total do vago esquerdo.

Como explicar esta irritação vago-laryngéa implantada em um terreno anesthesico? Pace responde a esta questão pela possível dissociação sensitiva no territorio laryngêo, estando abolida a sensibilidade directa e exaltada a reillexa. Admitte, apoiado na opinião de Massoi, a anesthesia pela lesão das fibras recurrenciaes, séde de rápida degeneração walleriana e a dôr e tosse pela irritação dos filletes da extremidade central do vago seccionado, onde pode haver incompleta degeneração.

O nosso observado nunca apresentou essas perturbações.

II) — **Paralysis do XI** — Nerve essencialmente motor, tem sua origem real na parte media do nucleo ambiguo, para suas fibras bulbares, ou do ramo interno e no corno anterior da medulla cervical, porção alta, para as espihaes, ou do ramo externo. Quando paralyzado, apresenta:

- 1) Ramo interno — Hemiplegia laryngo-velo-palatina.
- 2) Ramo externo — Esterno-cleido-trapezioplegia.

1) **Hemiplegia laryngo-velo-palatina:** — Afastada por Vernet (1) a interferencia do VII par na innervação do véo do paladar e perfeitamente acceta a opinião, por elle, Moure, Liébeult, Canuyt e outros apregoada, da destribuição aqui, como a musculatura intrinsicca laryngéa, pelas fibras bulbares do nervo accessorio de Willis, fica perfeitamente assente que o seu syndromo paralytico se resume em uma hemiplegia laryngo-velo-palatina homolateral. Eis o **syndromo de Avellis**, do qual é portador o nosso doente.

Considerando o ponto alto da emergencia das fibras afferentes ao véo do paladar, vê-se, para sua producção, a necessidade de uma lesão na parte superior do vago.

2) **Esterno-cleido-trapezioplegia:** — Dois musculos, com inserções cephalo-thoraxicas. recebem, ao lado das fibras enviadas pelos primeiros pares racheanos cervicaes, innervação proviniente do ramo espinhal do XI par. São elles o esterno-cleido-occipito-mastoidêo e o trapezio.

Os signaes denunciadores de uma paralysis destes são, transcrevendo o Prof. Aloysio de Castro (2):

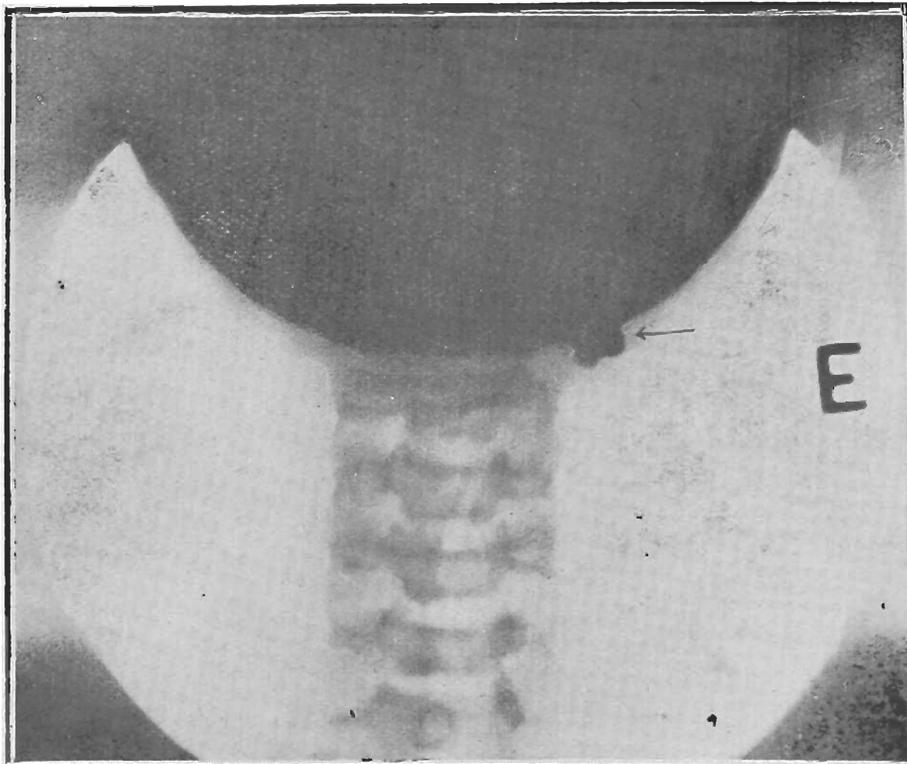
- a) projecção da clavicula no lado da paralysis, dando-lhe o aspecto de hypertrophia — **pseudo-hypertrophia clavicular**;
- b) formação de uma escavação profunda na região supra-clavicular, visivel em qualquer attitude, especialmente nos movimentos de elevação da espadua e abducção do braço;
- c) menor relevo das massas do trapezio e do esterno-cleido-mastoideu;

(1) De l'innervation du voile du palais. — Rev. neur — 1918.

(2) Notas e observações clinicas. — 1920.



Radiographia n.º 1: — Localização da região ocupada pela bala



Radiographia n.º 2: — Foi apanhada no sentido postero-anterior, e mostra a bala collocada á esquerda da columna vertebral.

- d) descahimento da espadua, que se projecta um tanto para a frente, reduzindo a distancia acromio-esternal;
- e) desvio externo da borda espinhal do omoplata; menor abducção do braço;
- f) cansaço precoce nos esforços com o membro superior;
- g) dôres na espadua e região claviclar”.

Apresentava o nosso doente os signaes descriptos em **b**, **c** e parcialmente em **d**, como attestam as nossas medidas e photographias apanhadas, embora na n. 4 exista uma inclinação voluntaria ,nitida, da extremidade cephalica. para o lado esquerdo. E' patente o desvio para fóra soffrido peio omoplata esquerdo, que assim causa um augmento ,nesse lado, da distancia existente entre a borda espinhal e a linha espondiléa. Os signaes catalogados em **e** e **f** foram prejudicados em sua pesquisa, em virtude da hemiplegia heterolateral, que assim roubou o contrôle indispensavel para sua fiel avaliação.

III) — **Paralysis do XII:** — Pela lesão do XII par fala a glosseplegia presente. Considerada no interior da cavidade buccal, mostra-se a lingua desviada para a direita, com descoramento e atrophia do dimidio esquerdo. O desvio quando estudado após projecção para fóra, inverte-se, pois neste momento, ensina a physiologia, entram em actividade as fibras medias do genio-gosso do lado illeso, as quaes ,em parte — e dahi a explicação do desvio para o lado paralyzado — se cruzam na linha mediana, abaixo do septo lingual, com as heterolateraes.

Pela pallidez do lado doente responde, ao nosso ver, o comprometimento das fibras para-sympathicas, do systema vago, que tem a sua origem em um nucleo myelencephalico e que fazem parte integrante do tronco do nypoglosso. Destruidas essas fibras, entram em estado de hypertonia as do systema thoraco-lombar, de acção opposta, vaso-constrictora sobre a lingua. Nem todos acceitam esta concepção anatomica e physiologica de **Guillaume. Testut**, (1) por exemplo, é de opinião que as fibras vaso-dilatadoras são levadas pelo lingual e as de acção antagonica pelo hypoglosso. Destôa da observação corriqueira da clinica este modo de pensar.

IV) — **Irritação do VII:** — Tem J. O. um desvio da commissura labial esquerda. Duas hypotheses podem ser aventadas para sua explicação: a) paralysis do facial inferior direito; b) contractura do facial esquerdo. Seja, embora a primeira a que naturalmente se responsabilisa por aquella asymetria da face, opinámos, desde o inicio, pela segunda, considerando a sua difficil conciliação com a paralysis dos nervos bulbares, verificadas no lado opposto.

O exame electrico, mestrando integridade do facial direito, veio fortalecer nossa opinião. Fica, deste modo, explicada o desvio pela irritação das fibras do facial inferior esquerdo, afferentes ao risorius de Santorini, buccinador e metade inferior do orbicular dos labios.

V) — **Irritação do V:** — Ha hyperesthesia da hemiface esquerda. O tri-facial parece comprometido. A irritação das fibras que distribuem á face, pelo projectil, explicaria essa perturbação da sensibilidade superficial.

(1) TESTUT. — Traité d'Anatomie, V. III.

DIAGNOSTICO

E' portador J. O. de uma **hemiplegia syndromo alterno de Jackson complicado, incompleta**. O diagnostico differencial com as differentes paralyrias alternas descriptas, não offerece difficuldade. O seu conjuncto clinico não póde ser identificado ás alternativas possíveis e verificadas de uma alteração na esphera sensitivo-motora com um dos syndromos seguintes, conforme muito didacticamente resume o Prof. Aloysio de Castro:

- a) **Syndromo de Avellis:** — Hemiplegia palato-laryngéa (lesão do ramo interno do XI)
- b) **Syndromo de Schmidt:** — Hemiplegia palato-escapulo-laryngéa (lesão total do XI)
- c) **Syndromo de Jackson:** — Hemiplegia glosso-palato-escapulo-laryngéa ou glosso-palato-laryngéa (lesão total ou parcial do XI e do XII)
- d) **Syndromo de Tapia:** — Hemiplegia glosso-laryngéa ou glosso-escapulo-laryngéa (lesão incompleta do XI e do XII)
- e) **Syndromo de Siccard e Collet:** — Hemiplegia glosso-laryngo-escapulo-pharyngéa com ageusia e tachycardia (lesão dos 4 ultimos nervos craneanos)
- f) **Syndromo de Vernet:** — ou do orificio lacero-posterior. Hemiplegia palato-escapulo-pharyngo-laryngéa com hemi-anesthesia pharyngo-laryngéa, ageusia e tachycardia (lesão do IX, X, XI, completa ou não)
- g) **Syndromo de Villaret:** — ou do espaço retro-parotidiano posterior. Hemiplegia glosso-palato-laryngéa, com ageusia e syndromo de Claude Bernard-Horner (lesão do IX, X, XI incompleto, XII e sympathico cervical)

Diagnostico topographico.

A therapeutica a seguir e o prognostico a formular dependem, sem duvida alguma, do diagnostico topographico. Onde foi o systema nervoso attingido para que surgisse o quadro morbido, bizarro e interessante, descripto? Este é o ponto de mais difficil solução.

A radiographia n. 1 mostra a bala collocada lateralmente á columna cervical, á altura da 2.^a vertebra. A n. 2 a sua situação á esquerda. Ella penetrando pela face, atravessando a cavidade buccal e attingindo a região cervical do mesmo lado, o fez sem penetrar na cavidade craneana. Esta observação accrescida da ausencia de phenomenos graves bulbares, como muito bem fez ver o Prof. Ovidio Pires de Campos, permite o afastamento de uma offensa directa do bulbo, que, verificada, na sua parte lateral, explicaria sufficientemente as alterações presentes. De facto, o projectil então attingiria as fibras pyramidaes, antes do seu entrecruzamento — dahi a hemiplegia heterolateral, — as da fita de Reil, ou do feixe de Gowers — donde a hemi-hypoesthesia e finalmente os filletes do vago, espinhal e hypoglosso. A hyperesthesia da face e desvio da bocca para o lado esquerdos seriam explicados, a primeira pela dos filletes do trigemeo, ou da sua columna sensitiva bulbar e o segundo pelo das fibras do facial inferior.

Visto não ter a bala penetrado na cavidade craneana é mais verosimil terem sido as lesões causadas pelo compromettimento dos

conductos nervosos fóra della. A lesão do X, XI e XII pares comprehende-se bem, consideradas as suas relações, quando atravessam os buracos despedaçado posterior e condyliano anterior. Si é facil explicar a paralytia dos nervos, outro tanto não succede com o apparecimento das perturbações sensitivo-motoras.

Achamos difficil que a hemiplegia direita seja o effeito de uma lesão homolateral da medulla, pois semelhante factio verificado traria uma hemi-anesthesia hetero-lateral, reproduziria o syndromo de Brown-Sequard. Pensamos, antes, em uma hemorragia, não rara nos casos de traumatismo da região occipital, comprimindo a parte anterolateral esquerda do bulbo e ocasionando as perturbações sensitivo-motoras estudadas. Fale em pról desta hypothese a melhoria accentuada surgida com a evolução da molestia.

Considerando a hemiplegia velo-palatina e a paresia do esternocleidio e trapezio, innervados, respectivamente, por filletes que partem da porção supero-exierno do glangio plexiforme e do ramo externo do XI par, resalta a necessidade de uma lesão alta dos troncos nervosos.

O trismo notado em J. O., muito pronunciado no inicio, bem melhorado mais tarde, parece correr por conta do edema e outras lesões da cavidade buccal.

Cortejo clinico semelhante, apenas em parte, ao que descrevemos pode ser encontrado nos casos de hemorragia da arteria cerebellosa posterior e inferior, ramo que a vertebral emite um pouco acima da espinhal. Esse vaso tem a parte lateral do bulbo como zona de distribuição. Sua ruptura, como diz Van Gehuchten (1) é mais commum nos velhos, e dá lugar ao seguinte: a) pert. sensitivas no territorio do V par (lesão da raiz descendente bulbar) e no lado opposto do corpo com dissociação seringomyelica (lesão do feixe de Gowers); b) pert. da motifidade, homolateral, comprehendendo a paresia ou paralytia dos musculos da pharynge e da larynge (lesão do nucleo ambiguo, da face (lesão do facial) da lingua (nucleo do XII), nystagmus e por vezes paralytia do sympathico cervical.

(1) Les maladies nerveuses. — 1920.

O TRATAMENTO INGLEZ ANTI-RHEUMATICO ALARCON DE MARBELLA
faz desapparecer em poucas horas toda classe de dôres rheumaticas. Infor-
mações gratis, sobre esse methodo de tratamento durante poucos dias, á
rua de São João, 26.

FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE SÃO PAULO

Laboratorio de Anatomia Descriptiva

Director: Professor A. BOVERO

ARCO AXILLAR MUSCULAR*Observação de IVO LINDENBERG QUINTANILHA, alumno preparador*

Poucas anomalias musculares ocorrem na nossa especie com tanta frequencia e com formações tão variadas como a que corresponde á disposição consignada no titulo desta breve nota.

O arco axillar muscular, consuetudo na mais simples das disposições por um feixe muscular ou musculo-tendinoso, que vae do bordo ventral da porção axillar do *m. latissimus dorsi* á superficie profunda do tendão do *m. pectoralis major*, desde *Brugnone* (1785), *Kamsay* (1785), *Meckel* (1816) e *Langer* (1846) até nossos dias, foi observado casualmente e estudado systematicamente por um grande numero de AA.

Não pretendo repetir aqui o nome de todos que tiveram a oportunidade de occupar-se desta anomalia, porquanto isso só poderia ser feito em grande parte de transcripção; limito-me, apenas, a lembrar como nos *Tratados sobre anomalias musculares* de *Testut* (1884 e 1892) e *Le Double* (1897), como na monographia de *Eisler* (1912) e nos *Tratados classicos de anatomia descriptiva ou cirurgica* que dedicam boa parte ao estudo das anomalias musculares (*Henle, Krause, Gorgone, Testut, Romiti, Poirier, Morris-Bardzen, Piersol, Kauber-Kopsch*, etc.), seja largamente relatado tudo quanto se refere ao arco axillar muscular, isto é, ás suas variações, frequencia, innervação e interpretação até a época das respectivas publicações.

Deixando de parte a literatura mais antiga, chamo, porém, a attenção para os trabalhos successivos de *J. E. Wilson* (1888, 1889, 1921), de *Huntington* (1902, 1903 e 1904), de *Ruge* (1905, 1910, 1913, 1914 e 1917) e de sua escola (*Tobler* 1902; *Gehry* 1903; *Bascho* 1905, etc), assim como para os *Birmingham* (1889), *Parsons* (1902), *Saar* (1903), *Böse* (1904), *Tournier* (1906), *Blüntschi* (1910), *Gruschka* (1911), *Pitzorno* (1911), *Lo Cascio* (1913) e *Frey* (1921), relativamente e casos mais ou menos complicados da mesma disposição.

Nem deve ser esquecida a interessante série de observações feitas por *Picker* (1916) no vivo, com o intuito de verificar, dando opportunas posições ao membro superior, a saliencia, morphologia e frequencia do feixe muscular anomalo sob a pelle da axilla em 4.200 individuos (3.150 ♂ e 1.050 ♀), conseguindo mesmo demonstrar a associação do *Achselbogen*, com o musculo chondro-epitrocleano.

Na literatura portugueza figuram os nomes de *H. Vilhena* (1912 e 1918), *J. A. Pires de Lima* (1911, 1913, 1914, 1916, 1923) e *H. Bastos Monteiro* (1917, 1919 e 1921 a. b.), contribuindo ao conhecimento desta anomalia.

Quanto a trabalhos brasileiros sobre a materia, encontrei apenas uma these de *J. David Filho* (1921) que, além de relatar os resultados das

suas disseccões em 27 cadaveres, conseguiu tambem demonstrar, seguindo o methodo de *Pickler*. o arco axillar muscular no vivo (brancos e pretos) pesquisando-o em 500 individuos (295 ♂ e 205 ♀).

Além do trabalho fundamental de *Langer* (1846), já citado, convém salientar as publicações de *Cabibbe* (1902), de *Charpy* e *Soulié* (1905). *Heiderich* (1906), *Sterzi* (1910), *Méröla* (1912) e *Leblanc* (1914) sobre a aponevrose axillar, e isso por causa das relações topographicas, e eventualmente geneticas, entre os dispositivos da aponevrose e os feixes musculares da região, que se consideram anormais na nossa especie.

O grande numero de publicações sobre o arco axillar muscular, sejam ellas referentes a pesquisas systematicas ou mesmo a observações isoladas, demonstra como os nossos conhecimentos no que se refere a significação ou derivação morphologicas estão bem longe de ser definitivos ou applicaveis a todas as disposições mais ou menos simples ou complicadas, que vão com o nome *muskulöse Achselbogen*, *arco axillar muscular*, *arco de Langer*, *feixe pectoro-dorsal*, *m. axillar*. etc.

Por isso, parece-me não ser completamente fóra de proposito, apesar da disposição relatada não ser extranha, descrever um caso conservado no nosso Laboratorio encontrado em 1922, pelo então terceirannista Angelo Pereira de Queiroz, durante os exercicios praticos das provas finaes de Anatomia Descriptiva.

*
* * *

O portador da anomalia em estudo é J. B. (cad. n.º 1190), brasileiro, natural do Estado do Rio de Janeiro, 41 annos de idade, branco, † em 21-8-1922, com musculatura muito desenvolvida.

A variedade ocorreu exclusivamente no lado esquerdo, sendo a disposição do systema muscular, que limita as paredes da axilla, como a dos vasos e nervos da região no lado direito perfeitamente normal.

No lado esquerdo encontra-se a associação de um *arco axillar muscular* procedendo do m. grande dorsal com o m. quarto peitoral (*m. pectoralis quartus de Macalister*) feixe accessorio anormal do grupo muscular peitoral, unidos lateralmente nas inserções terminaes.

Para elucidación completa, parece opportuno uma descripção um tanto mais minuciosa.

O m. grande peitoral apresenta-se muito desenvolvido; as suas inserções esternas chegam quasi até á linha mediana, sem attingil-a, tendo a porção claviclar separada da porção esterno-costal por um intersticio linear incompleto.

As inserções costaes inferiores se processam na superficie externa da 6.ª cartilagem costal e da porção medial do osso costal correspondente, até cerca de 9 cms. da linha mediana. Algumas fibras desta porção esterno-chondro-costal, as mais lateraes, terminam com uma delgada lamina aponevrotica, que se estende até a 7.ª costella. Alguns feixes têm sua origem na porção mais alta e lateral da bainha do m. recto anterior do abdomen, não sendo possivel separar estes feixes delgados, que representam a porção abdominal commum do restante do musculo.

O m. quarto peitoral é desde a sua origem completamente separado da margem lateral e inferior da porção esterno-costal por um intersticio angular que mede cerca de 1 cm. aberto para baixo; esta origem se faz na margem inferior da superficie externa da 6.ª costella, por curtas fibras tendinosas mais profundas e por meio de um plano aponevrotico super-

ficial, muito delgado, que continua com o prolongamento superior e lateral da lamina anterior da *vagina m. recti abdominis*, lateralmente e caudalmente aos feixes que representam a propria porção abdominal. Na sua origem, o feixo muscular isolado, interpretavel como m. quarto peitoral, occupa o intersticio entre a digitação superior do m. obliquo externo do abdomen, que vae á 5.^a costella. e as inserções lateraes da porção esterno-costal do m. grande peitoral; póde-se mesmo dizer que elle occupa o lugar e a posição da porção abdominal do m. grande peitoral, quando muito desenvolvida.

Elle tem no inicio uma largura mais ou menos de 2 cms., apresentando-se em forma de um feixo muscular achatado; segue um percurso obliquo para cima e lateralmente; cruza a face superficial das digitacções do m. grande denteado, que vão á 5.^a e 4.^a costellas; recobre as inserções inferiores do m. pequeno peitoral, sendo por sua vez gradualmente recoberto pelo bordo inferior arredondado e espessado do m. grande peitoral. No seu percurso em direcção á axilla, profundamente ao restante do m. grande peitoral, afasta-se da parede medial para attingir a anterior do mesmo cavo axillar. Toma em seguida a forma de um cordão muscular quasi cylindrico, que se adelgaça gradualmente até transformar-se em uma lamina tendinosa subtil, que, cerca de 14 cms. da sua inserção de origem, passa a fundir-se, em relação á parede lateral da axilla, com a superficie anterior do arco axillar muscular, notando-se antes desta fusão que o m. quarto peitoral decorre por alguns cms. adjacente ao mesmo arco axillar muscular.

O *arco axillar muscular* consta de um grosso feixe de forma pyramidal triangular, de base de 2,5 cms. que continúa com a parte superior da margem axillar do m. grande dorsal e de vertice tendinoso e laminar para cima. A junção das fibras musculares deste feixe anomalo com as fibras carnosas do m. grande dorsal se verifica por meio de uma intersecção tendinosa sagittal, penetrando pela margem anterior e superficie externa do m. grande dorsal a cerca de 4 cms. da sua inserção terminal; o apparecimento da dita intersecção tendinosa é devido ao facto que as fibras musculares do arco, assim chamado de *Langer*, occupam com as inserções de origem a superficie externa do tendão terminal do m. grande dorsal, deixando livre mais propriamente só a parte inicial do mesmo tendão. Da sua origem o arco axillar muscular dirige-se verticalmente para cima, estreitando-se em sentido sagittal, como latero-medial; depois de uns 4,5 cms. se juxtapõe pela sua face anterior á lamina tendinosa que é a continuação aqui do m. quarto peitoral e com elle se funde.

Constitue-se assim ao nivel da margem anterior do m. coraco-brachial uma lamina tendino-aponevrotica delgada, porém perfeitamente continua, que se expande em leque de base para fóra e de apice para o ponto de união. A margem supero-anterior da dita lamina tendinosa commum. está mais evidentemente em continuação com a margem anterior do m. quarto peitoral e chega, fundida com a face profunda, ao tendão commum dos mm. coraco-brachial e curta porção de biceps, até a margem lateral da apophyse coracoide. O restante da lamina tendinosa se funde com a margem e a superficie anteriores dos tendões dos dois ditos musculos. A margem inferior se expande, recoberta pela superficie profunda do tendão terminal do m. grande peitoral, na parte alta da aponevrose brachial, particularmente desenvolvida e em evidencia; é um feixe constituido por uma pequena fita ou *lacertus* tendinoso, mais propriamente em continuação com a margem lateral do tendão do arco muscular, a qual se dirige para baixo e lateralmente com a dita faixa aponevrotica brachial

revestindo a parte media do m. bicipite no braço; não foi, porém, possível demonstrar este lacertus até o epichondilo medial.

E' superfluo acrescentar que o arco muscular axillar da sua inserção de origem á sua fusão com a lamina tendinosa do m. coraco-brachial passa como uma ponte por deante e medialmente ao feixe vasculo-nervoso da axilla, fechando, em quanto alargado, o angulo diedro (parede lateral do cavo axillar) delimitado pela margem anterior do m. coraco-brachial para deante e pelo tendão conjuncto dos mm. grande dorsal e grande redondo para traz; os vasos e nervos da axilla, que de outra parte não apresentam disposições particularmente dignas de serem lembradas, decorrem assim, em relação ao arco, num verdadeiro canal musculo-tendinoso.

E' clara neste caso a falta completa de relações especiaes da lamina aponevrotica, resultante da fusão das partes terminaes do arco muscular axillar e do m. quarto peitoral, com a superficie profunda do tendão do m. grande peitoral, isto é, não existe um verdadeiro feixe dorso-peitoral. Parece-me mesmo faltar verdadeiras connexões aponevroticas entre a aponevrose que reveste a superficie lateral dos mm. coraco-brachial e curta porção dos biceps, sobre a qual se solda a terminação dos dois feixes musculares, peitoral e dorsal, anormais e o labio lateral da gotteira bicipital. Noutras palavras, falta mesmo uma connexão indirecta dos feixes anormais com o tendão terminal do m. grande peitoral.

Não ha, pelo contrario, duvida alguma na interpretação, como representando um musculo dorso-fascial ou dorso-epitrochleano rudimentar, das connexões da margem inferior da lamina tendinosa terminal dos dois feixes musculares anomados com a aponevrose do braço.

*
* * *

Acho desnecessario um exame critico das innumeradas variedades relacionadas na literatura, em relação ao caso por mim descripto. Este não é certamente extranho na literatura, sendo identico, ou pelo menos muito semelhante, a casos de *Calori* (1869), *Testut*, *Fusari* (1892), *Legge* (1896), *Huntington*, *Pitzorno*, *Pires de Lima*, *H. Montciro* e outros. Tambem posso affirmar que não é dos mais simples, porque nelle são coexistentes o arco auxiliar muscular dos Mammiferos inferiores (Carnivoros), si bem que de forma incompleta (*Testut*) e o m. quarto peitoral de *Macgillister*. Como o arco axillar muscular pôde apparecer — e isso acontece na maioria dos casos — isolado, notam-se tambem na literatura muitissimos casos de exclusiva existencia do m. pectoralis quartus, como por exemplo em observações de *Gruber*, *Macalister*, *Wood*, *Calori*, *Perrin*, *Testut*, *Windle*, *Le Double*, *Giacomini*, *Fuscari*, *Morestin*, *Bovero* (no homem e tambem em um gorilla — 1896), *Tricomi-Allegra*, *Huntington*, *Zucker-Kandl*, *Vilhena*, *Pires de Lima*, *Steinbach* e outros.

Infelizmente as condições de que dispuz para examinar o preparado não me permitem affirmação alguma no que se refere á innervação dos dois feixes, sendo que a mesma innervação foi largamente utilizada (*Bardeleben*, *Birmingham*, *Parsons*, *Huntington*, *Ruge*, *Eisler*, *Wilson*, *Phillips* e outros) na interpretação morphologica das diferentes formações que vão com o nome de *arco muscular axillar*. Na maioria dos casos (*Wilson*, 1912) os feixes musculares anormais recebem a sua innervação dos nervos thoracicos anteriores do plexo brachial, seja dos ramos medios,

seja dos inferiores (lateraes) ou de ambas as séries de filetes. Em casos excepcionaes estes feixes são innervados pelo nervo intercostobrachial (2.º intercostal); ainda mais raramente (*Phillips*) é o 3.º nervo intercostal que com o seu ramo perfurante lateral innerva o arco axillar. Deve-se lembrar, porém, que outros AA. (*Bardleben, Birmingham, Brooks, Le Double*) admittem a innervação do arco axillar por um ramo dos nervos thoracicos posteriores ou do nervo thoraco-dorsal (nervo do m. grande dorsal) e que *Wilson* encontrou num caso a innervação do arco axillar provindo dos brachial-cutaneo-interno.

E' provavel, poderia antes dizer, é certo, que no meu caso o *m. pectoralis quartus* recebia filetes dos nervos thoracicos anteriores-inferiores do plexo brachial (2.º intercostal), dando-se o mesmo, provavelmente, quanto ao proprio arco axillar.

*
* * *

O arco muscular axillar nas suas differentes modalidades foi encontrado com frequencia muito variavel pelos diversos AA. Assim, *Le Double*, resumindo summariamente as observações antecedentes, conclue que num conjuncto de 506 cadaveres disseccados e estudados por *Meckel, Krause, Macalister, Struthers, Wood, Perrin* e elle proprio, o arco muscular axillar occorreria em 7,7 % dos casos, isto é, 39 arcos axillares em 506 cadaveres.

Os resultados estatisticos das diversas séries são muito discordantes, sendo que a cifra minima seria a de *Calori* (1 sobre 144); uma porcentagem muito superior á de *Calori* é a de *Meckel* (1 arco axillar sobre 30). approximando-se esta porcentagem ás de *Testut* e de *Romiti*, por onde se verifica que o arco axillar de *Langer* ocorre 3 ou 4 vezes em 100 cadaveres. *Poirier* affirma que o arco axillar apparece 1 vez sobre 15 cadaveres. *Legge* o encontrou 4 vezes em 47 e *H. Monteiro* (1920) lembra que numa pesquisa do seu alumno *F. Pedrosa* foram encontrados 4 arcos musculares em 62 cadaveres. A porcentagem mais alta seria a de *Perrin* que, em dois periodos de pesquisas, encontrou 10 arcos axillares musculares sobre 58 cadaveres. Mais baixas são as porcentagens obtidas na pesquisa do arco axillar no vivo por *Pickler*: este A., pesquisando o arco axillar no vivo, contrariamente ás affirmações de *Cohn* (1905), chegou a ver e a apalpar o arco muscular axillar em 3,9 % dos casos sobre 4.200, ou melhor em 4,19 % dos homens (132 vezes em 3.150 ♂) e 3,32 % das mulheres (34 vezes em 1500 ♀); nos casos observados por *Pickler* a frequencia é igual para os arcos axillares occorridos á esquerda e os bilateraes; os arcos da direita seriam 50 % menos frequentes.

As estatisticas de *J. David Filho* sobre o arco axillar no vivo são discretamente superiores ás de *Pickler*, sendo que em 500 individuos observados (295 ♂ e 205 ♀) notou o relevo e apalpou o arco axillar em 35 (7 %) sendo 14 vezes em mulheres (3 vezes bilateral, 3 vezes á esquerda e 8 vezes á direita) e 21 vezes em homens (7 vezes bilateral, 9 vezes á direita e 5 vezes á esquerda). Relativamente á distribuição da anomalia entre as raças, *David Filho* declara que a observou 15 vezes em individuos de raça negra, 9 vezes em mestiços e 11 vezes em brancos, não se sentindo, entretanto, autorisado a tirar conclusões de valor ethnico; certo seria interessante achar o modo de assentar si existem ou não differenças ethnicas.

*
* * *

Pouca cousa pôde-se dizer relativamente á acção do arco axillar muscular. *Langer* considera o arco muscular axillar como tensor da aponevrose axillar, oppondo-se á compressão dos vasos axillares. *Calori* admitia que este feixe muscular não serve sómente a reforçar e a puxar as aponevroses, mas tambem a comprimir a veia axillar e a favorecer a marcha centripeta do sangue que ella contém: os A.A. (*Le Double*) notam que esta affirmacção de *Calori* deveria ser confirmada com experiencias. Certo não é illogico admittir que, particularmente nas formas de musculo pectoro-dorsal completo e bem desenvolvido, elle possa ter valor nos differentes actos nos quaes jogam os dois mm. grande peitoral e grande dorsal; adducção do humero; funcção auxiliar na elevação do tronco no acto de trepar, etc. Menos evidente e de valor menos accentuado é a acção do arco muscular axillar quando a sua terminação é fascial como no meu caso. A acção do *m. pectoralis quartus*, eventualmente associada ao arco muscular axillar, é naturalmente a mesma que a da porção abdominal do *m. grande peitoral* ou mesmo dos feixes inferiores do *m. pequeno peitoral*, segundo as diversas modalidades de sua inserção terminal.

Mais importante é o valor do arco axillar muscular sob o ponto de vista cirurgico. A necessidade que o cirurgião conheça e reconheça a existencia accidental de um feixe muscular anormal recobrando como uma ponte o feixe vasculo-nervoso da axilla, foi já affirmada por *Malgaigne* (1838), depois por *Joessel* (1884), particularmente referindo-se ao seu apparecimento na ligadura da arteria axillar; depois foi magistralmente illustrado por *Testut* (1892) na sua classica obra sobre as anomalias musculares consideradas sob o ponto de vista da ligadura das arterias.

Não posso naturalmente acrescentar em absoluto nada neste ponto, limitando-me a lembrar que qualquer que seja a morphologia sempre variabilissima do arco axillar, este feixe muscular anomalo constitue entre o *m. grande dorsal* e o *m. grande peitoral* uma especie de ponte em baixo da qual passam: 1.º as duas porções do biceps; 2.º o *m. coraco-brachial*; 3.º a veia axillar; 4.º a arteria axillar; 5.º o n. mediano; 6.º o n. musculo-cutaneo; 7.º o n. ulnar; 8.º o n. brachial-cutaneo-interno e o seu accessorio. *Testut* dá a indicacção explicita de cortes transversos do feixe muscular, uma vez reconhecido e isolado, para attingir a arteria axillar. Devo acrescentar que a mesma indicacção vale tambem nos casos de extirpação dos ganglios lymphaticos axillares por causa de carcinoma mamario, sendo que nestes casos, como faz notar *Merkel* (1917), o feixe muscular anomalo pôde embarçar bastante o operador.

*
* * *

A interpretação das formações conhecidas com o nome de *arco axillar* é muito variada, certo mesmo não definitivamente assentada. Não posso, naturalmente, baseando-me em um unico caso, emittir alguma opinião propria. Limito-me simplesmente a lembrar as principaes opiniões dos A.A., notando que as divergencias multiplas entre os anatomistas dependem provavelmente do facto que nem sempre são consideradas com o mesmo nome as mesmas formações anatomicas. Esta affirmacção vale

particularmente pelo facto que muitos, como já *Tournier* (1906) e depois outros AA., tiveram a oportunidade de salientar, confundem o *arco axillar de Langer*, que é essencialmente uma formação fibrosa, com o *m. pectoro-dorsal*, descripto muitas vezes em formas variadas. *Wood*, *Perrin* consideravam este musculo como um dorso-epitrochleano incompletamente desenvolvido, *Macauster*, *Galton* homologam o arco axillar muscular ao *m. pectoralis quartus*; *Humphery* considera o arco axillar como resultando de uma incompleta separação dos mm. grande peitoral e grande dorsal; *Eisler* considera homologa a porção profunda do *m. pectineo*. *Turner* (1867) foi o primeiro que opinou que o *Achselbogen* ou *arco muscular axillar* representa um residuo do paniculo carnoso (*Haut-rumpfmuskel*) diffuso no tronco inteiro dos Mammiferos inferiores, nas raizes dos membros, no pescoço e em parte tambem na face de muitos vertebrados: esta supposição foi confirmada por *Wilson*, *Birmingham*, *Kohlbrugge*, *Le Double*, *Huntington* e mais ou menos modificada por outros AA. Assim, *Princeteau* (1892) considera as formas mais simples como dependendo do paniculo carnoso e os feixes unidos ao *Achselbogen*, constituindo formas mais complexas, como partes do *m. grande dorsal* ou do *m. grande peitoral*, segundo a innervação.

Tobler (1902) admite que o arco axillar muscular humano origina-se de restos craneaes do paniculo carnoso; o arco fibroso axillar de *Langer* representaria a inserção tendinosa do paniculo carnoso no fundo da axilla sobre as aponevroses visinhas; as variações do arco typico axillar muscular se explicariam com variações do paniculo carnoso, com as relações estreitas entre paniculo carnoso e *m. peitoral*, com as progressivas metamorphoses dos rudimentos do paniculo carnoso. As observações de *Gehry* e *Bascho* confirmam a opinião de *Tobler*.

Böse admite tres grupos de arcos axillares musculares: um comprehende os arcos que representam um residuo da *Hautrumpfmuskulatur*; um segundo grupo resulta de partes do *m. grande dorsal*; no terceiro os arcos axillares representariam uma combinação dos dois precedentes; exclue que o *Achselbogen* seja o residuo de uma união primitiva do *m. grande dorsal* com o *m. grande peitoral*.

Turner (1906) considera tambem o *m. pectoro-dorsal* como derivado do paniculo carnoso, o ultimo grau da sua redução sendo representado pelo *Achselbogen* de *Langer*.

Heiderich faz da mesma maneira originar o arco axillar tendinoso de *Langer* da redução dos arcos axillares musculares, porém o arco muscular axillar do homem não dependeria do paniculo carnoso, mas representaria a porção peitoral do *m. latissimus dorsi*, a qual ocorre normalmente nos Carnivoros.

Ruge sustenta que o arco axillar nas suas diferentes disposições e formas, corresponde a um residuo do paniculo carnoso que no homem se individualisa como porção abdominal do *m. grande peitoral*. O arco axillar seria sempre innervado pelos nervos thoracicos anteriores: o *m. latissimus dorsi* póde, porém, contribuir á constituição do arco axillar muscular. Assim, *Ruge* distingue os tres typos seguintes: um *primitivo arco axillar muscular* caracterizado pela adhesão da porção muscular do residuo da musculatura cutanea do tronco aos feixes marginaes do *m. latissimus dorsi*; um *arco axillar composto* ou *secundario*, que comprehende feixes musculares do *m. grande dorsal*, que se insinuam na axilla onde toma a inserção o primitivo arco axillar muscular cutaneo; no terceiro typo se verifica um ulterior augmento dos feixes do *m. latissimus dorsi* com diffusão destes em direcção á inserção do *m. grande peitoral* e contemporanea á *metamorphose* regressiva da musculatura cutanea do tronco.

Pitzorno (1911) confirma que no homem se apresentam na região axillar rudimentos de paniculo carnosos em forma de arcos axillares musculares. Nem todos os arcos axillares musculares são devidos exclusivamente a restos de paniculo carnosos, porque também porções peitoraes anormais do m. grande dorsal podem, independentemente do paniculo carnosos, levar á formação de arcos axillares. Outros arcos axillares musculares complexos devem ser attribuidos á coincidência de residuos de paniculo carnosos e de feixes do m. grande, dorsal; a comparticipação do m. grande dorsal na constituição destes feixes é um facto primitivo.

Uma boa contribuição á explicação das disposições anormais em questão poderia ser obtida considerando as opiniões emitidas relativamente ao comportamento e á interpretação das diferentes formações fibrosas da axilla, o que foi precisamente feito em modo critico minucioso por *Leblanc*. Dispensamo-nos por isso de uma analyse extensa destas opiniões, muitas vezes contraditorias; neste momento é sufficiente lembrar que o m. pectoro-dorsal ou arco axillar muscular, mesmo quando é reduzido a um arco fibroso, não é confundivel com o arco axillar fibroso de *Langer* ou *Achselbogen*. A origem do arco muscular não deve ser, segundo *Leblanc*, pesquisada nos Primatas, mas ella seria claramente indicada nos Carnivoros, sendo que nestes o m. grande dorsal é largamente unido, não ao m. grande peitoral como é individualizado no Homem, mas aos feixes peitoraes medios (m. peitoral ascendente dos veterinarios); esta união do m. grande dorsal e dos peitoraes constitue a segunda camada muscular da axilla do Gato. O arco muscular pectoro-dorsal do Homem se realisaria completamente accrescentando ao feixe dorso-pectoral os feixes deste peitoral medio, que terminam sobre a aponevrose dos mm. coraco-brachial e biceps. O paniculo carnosos representado nos Primatas por um largo musculo cutaneo, parte inferior só do arco axillar muscular dos AA., é fundido no Homem com a bainha do m. grande dorsal e com a parte da aponevrose axillar, que é representada pelas inserções cutaneas dos ligamentos suspensores (1. suspensor anterior ou de *Gerdy*; 1. suspensor posterior de *Mérola* e de *Leblanc*). Dos Carnivoros ao Homem, passando pelos Simios, que possuem um arco axillar complexo, se evoluiria, segundo *Leblanc*, uma simplificação da cavidade axillar; por adaptação á funcção dos membros anteriores á marcha, salto, faculdade de trepar, as tres camadas superpostas dos Carnivoros se reduzem a uma camada musculo-tendinosa nos Primatas e a dois simples planos fibrosos quasi confundidos (excepção feita das anomalias por persistencia muscular) no Homem. Sempre segundo *Leblanc*, o arco axillar de *Langer*, de *Charpy* e *Soulié* corresponde ao semi-anel constituido pela reunião dos dois ligamentos suspensores anterior e posterior em torno dos vasos.

Leblanc homologa o 1. de *Gerdy*, o arco axillar de *Langer* respectivamente á união do feixe medio do paniculo carnosos brachial e da porção superior do m. peitoral profundo dos Carnivoros (Gato), á parte do feixe inferior do m. pequeno peitoral e á parte superior tendinosa do arco axillar dos Primatas.

Em outras palavras: no que se refere ao arco axillar muscular (m. pectoro-dorsal), *Leblanc*, que é também o A. que se occupou em ultimo tempo de um modo systematico do assumpto, exclue a participação do systema do paniculo carnosos na constituição do arco axillar muscular e isso contrariamente a quanto affirma com algumas divergencias a maioria dos morphologos, que se occuparam systematicamente desta questão.

Quaesquer que sejam as differenças nos detalhes da interpretação do arco axillar nas suas diferentes modalidades que me esforcei para evidenciar nas linhas acima, o facto é certo que todos os AA. por mim consultados consideram estas anomalias como tendo uma significação ata-

vica. Não pretendo repetir o elenco de nomes de AA.; parecendo-me sufficiente lembrar como *Huntington* (1918) comprehende os arcos axillares procedendo do *paniculo carnoso* e o *m. pectoralis quartus* — associados no meu caso — entre as variações phylogeticas reversioaes no grupo das variações atavicas (*Ataval group of reversional phylogenetic variant*) junto em conjuncto com os musculos, tambem anomaos, *dorso-epitrochlearis*, *chondro-humeralis*, *escansorius*, etc.

Não obstante estas affirmações, as differenças na interpretação da derivação dos ditos musculos anomaos, si bem que frequentemente, justificam plenamente a minha affirmação feita precedentemente em relação á incerteza dos nossos conhecimentos e seria sempre uma clara indicação para outras pesquisas systematicas morphologicas comparadas da região axillar.

BIBLIOGRAPHIA

Deixo de citar os tratados classicos de anatomia descriptiva ou topographica por mim consultado, assim como as publicações mais antigas, que não pude encontrar. A maioria das publicações abaixo referidas, que são as recentes, foram compulsadas no original, utilizando especialmente a bibliotheca particular do *Prof. A. Bovero*. Das publicações não consultadas directamente é feita a menção no elenco.

1) — BASCHO, P — Beobachtung eines Restes des Hautrumpfmuskels beim Menschen; pars thoracalis lateralis desselben. — GEGENBAUR'S *Morphologisghes Jahrbuch*, Bd. 33; H. 2/3; S. 374-378 — 1915.

2) — BIRMINGHAM, A. — Homology and innervation of the Achselbogen and pectoralis quartus and the nature of the lateral cutaneous nerve. — *Journal of Anatomy and Physiology*, vol. 23, p. II, 1889, p. 206-224.

3) — BLÜNTSCHLI, H. — Über die Beteiligung des Musculus latissimus dorsi an Achselbogenbildungen beim Menschen. — GEGENBAUR'S *Morphol Jahrbuch*, Bd. 41, H. 4; S. 539-559 — 1910.

4) — BÖSE — Über einige Muskelvarietäten, den Pectoralis major, Latissimus dorsi und Achselbogen betreffend. — *Ibidem*, Bd. 32, H. 4; S. 587-601 — 1904.

5) — BOVERO, A. — Contributo alla casistica delle anomalie muscolari. (III) Fascio abnorme del grande pettorale. M. grande pettorale in un Gorilla. — *Giornale della R. Accad. di Med. di Torino* — 1896; fasc. 3.º (Estratto, p. 9).

6) — BRUGNONE — Observations myologiques (VI: Variétés dans le grand dorsal). — *Memoires de l'Académie des Sciences de Turin* (1802, ?) — pag. 6 do *Extracto*.

7) — CABIBBE, G. — Note anatomiche sulle aponeurosi della regione ascellare e sul legamento del Gerdy. — *Atti Accad. dei Fisio-critici in Siena*. — Serie 4; vol. XIV — 1902 — n.º 3-5, pag. 133- 150.

8) — CALORI, L. — Varietà dei muscoli del tronco e descrizione di una pettorina di fanciullo singolare per varie anomalie. — *Memorie dell'Accad. delle Scienze di Bologna*. Serie II, Tomo 7, 9 359-1867).

9) — CHARPY, A. SOULIÉ, A. — L'aponéurose axillaire. — *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*. Année 41 — 1905. n.º 3, pag. 268-287.

10) — DAVID (FILHO) J. — Contribuição ao estudo do arco axillar muscular. — These de doutoramento, Bahia 1921.

- 11) — EISLER, P. — Die Muskeln des Stammes; in BARDELENDEN'S *Handbuch D. Anatomie des Menschen*. Bd. 2, Abt. II; th. 1) 1912; S. 363, 462-463, 481-485, 058-511.
- 12) — ENDRES, H. — Über ein Zwischenmuskel bündel in Gebiete des M. pectoralis major und latissimus dorsi. — *Anatomischer Anzeiger* Bd. 8; n.º 12-13 — Mai 1893, s. 387.
- 13) — FREY, H. — Vorkommen einer primitiven Form des muskulösen Achselbogens beim Menschen. Beitrag zur Systematik des Achselbogens — GEGENBAUR'S *Morphol Jahrbuch* — 1921, Bd. 51. s. 257-277.
- 14) — FUSARI, R. — Delle principali varietà muscolari occorse, etc. etc. *Atti d. Accad. Medico-Chirurgica di Ferrara*, 1892 — (pag 9 do *Extracto*).
- 15) — GEHRY, K. — Neue Beiträge sur Geschichte des Achselbogens des Menschen, eines Rudimentes des Panniculus carnosus der Mammalier. — GEGENBAUR'S *Morphol Jahrbuch* — Bd. 31, H. 2-3 s. 446-543, 1903.
- 16) — GRUSCHKA, T. — Ueber einen Fall von zusammengesetztem Achselbogen beim Menschen, a Ibidem A. Bd. 43, II. 3, 1911, s. 359-368
- 17-a) — HEIDERIHC, TR. — Die Fascien und Aponeurosen der Achselhöhle, zugleich ein Beitrag zur Achselbogenfrage. — MERKEL PONNET'S *Anatomische Hefte* — Br. 30. II, 3, (H. 92) 517-557 — 1906.
- 17-b) — IDEM. — Zur Achselbogenfrage; eine Erwiderung etc. — ANATOMISCHER ANZEIGER — Bd. 38, n. 1, p. 28-29 — 1911 — Januar.
- 18-a) — HUNTINGTON, G. S. — The derivation and significance of certain supernumerary muscles in the pectoral region. — *Journal of Anatomy A. Physiology* — vol. XXXIX (Ns. vol. XIX) — October 1904.
- 18-b) — IDEM. — Present problems of myological research and the significance and classification of muscular variations. — *The Amer. Journ. of Anatomy* — vol. II, n.º 2, March 1903.
- 18-c) — IDEM — Modern problems of evolution, variation, and inheritance in the anatomical part of the medical Curriculum. — *Anatomical Record* — vol. XIV — n.º 6, June 1918.
- 19) — LANGER, C. — Ueber die Achselbinde und ihr Verhältniszum Latissimus dorsi. — *Oesterreichische medic. Wochenschrift*, 1846, n.º 15-16 (cit. ENDRES).
- 20) — LEBLANC, E. — Anatomie comparée de l'appareil fibreux axillaire. — *Bibliographie Anatomique* — Tome XXIV 4.º fasc., 1914 — p. 277.
- 21-a) — LE DOUBLE, A. F. — De anomalies du muscle grand dorsal. De l'interpretation des variations morphologiques du grand dorsal dans l'espèce humaine. — *Bulletins de la Société d'Anthropologie de Paris* — Ser. IV. Tome 4, n.º II, p. 626-653 — 1893.
- 21-b) — IDEM — Traité des variations du système musculaire de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique. — Tome 1.º, p. 197-202, p. 247 — 1897
- 22) — LEGGE, F. — Di alcune anomalie anatomiche occorse, etc. — *Gagliari*, 1896 — (pag. 6-11 do *Extracto*).
- 23) — LO CASCIO, G. — Contributo alla morfologia dell'arco ascellare di Langer. — *Ricerche fatte nel Labor. di Anat. umana normale di Roma etc.* — Vol. XVII, fasc. 1-3 — 1913, p. 59-71.
- 24) — MEROLA. — Las aponeurose de la axillei. — *Revista de los Hospitales — Montevideo* 1912 — (cit. de LEBLANC).

- 25-a) — MONTEIRO (BASTOS) H. — Notas anatomicas (obs. XVII: feixe aberrante do m. g. peitoral). — *Anais Scientificos da Faculdade de Medicina do Porto* — Vol. IV, n.º 1, 1917 (Extracto).
- 25-b) — Notas anatomicas (XIX-XXXIII) — (Obs. XXIII, XX) — *Arquivo de Anatomia e Antropologia*, vol. V — 1919 — (Extracto).
- 25-c) — Notas anatomicas (XXXIV-XLVII) — *Anaes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro* — Anno IV, 1921 (pag. 233-235 — (Extracto).
- 26) — PARSONS, F. G. — Relation of the pectoral muscles to the panniculus carnosus. — *The Journal of Anatomy A. Phys.* — Vol. XXVI — 1892 (cit. de EISLER).
- 27) — PHILIPS, W. F. R. — Innervation of an axillary arch muscle. — *Anatom Record* — vol. 7, n.º 4, pag. 131-132. — 1913.
- 28-A) — PICKLER, K. — Über den Langer-schen Achselbogenmuskel nach Untersuchungen am Lebenden. — *Anatomische Anzeiger* — Bd. 49 — s. 310-318, n.º 11-12 — 1916.
- 28-B) — IDEM — Achselbogen und M. chondro-epitrochlearis bei demselben Träger. *Ibid.* n.º 14, s. 383-84 — 1916.
- 29-a) — PIRES DE LIMA, J. A. — Sobre algumas variações musculares e sua importancia anthropologica e cirurgica. — *Gazeta dos Hospitales do Porto* I-IV-1911, (cit. de H. MONTEIRO).
- 29-b) — IDEM. — Algumas observações de anomalias musculares — *Anais Scientificos da Faculdade de Medicina do Porto* — vol. 1.º — 1913.
- 29-c) — IDEM. — Nova série de observações portuguezas de anomalias musculares (Tres observações de arco axillar de Langer. Feixes erraticos do grande peitoral) — *Archivio de Anatomia e Anthropologia* — 1914, vol. 1.º n.º 3, pag. 234-237.
- 29-d) — IDEM — Variações musculares, vasculares e nervosas (Dois casos de arco axillar: feixe aberrante do grande peitoral). — *Ibid.* vl. II, n.º 4 — 1916 — p. 357-359.
- 29-e) — IDEM. — Musculos sternalis and the morphology of the pectoralis major in teratencephalous monsters. — *Archives Portugaises des Sciences Biologiques* — Tome 1 fasc. 1er. — 1923.
- 30) — PITZORZO M. — Contributo alla morfologia dell'arco ascellare di Langer. — *Archivio Ital. di Anatomia e di Embriologia* — vol. X, f. 1.º — 1911, p. 129-144.
- 31) — PRINCETEAU. — Note pour servir a l'Histoire des anomalies musculaires du creux de l'aisselle. — *Comptes-rendus Hebdom. de la Société de Biologie* — Tome IV, 1892 — (cit. de LEBLANC).
- 32-a) — RUGE, G. — Zusammenhang des M. sternalis mit der Pars abdominalis des M. pectoralis major und mittelst dieser mit Achselbogen. — *GEGENBAUR'S Morphol Jahrbuch* — Bd. 33, 1905 — H. 2-3, s. 348-373.
- 32-b) — IDEM — Die Hautrumpfmuskeln der Säugtiere, der M. sternalis und der Achselbogen des Menschen. — *Ibidem.* — Bd. 33, 195 — H. 2-3; s. 379-531
- 32-c) — IDEM. — Ein Rest des Haut-Rumpi-Muskels in der Achselgegend der Menschen "Achselboge" — *Ibid.* — Bd. 41 H. 4, S. 519-538 — 1910.
- 32-a) — IDEM — Abnorme Muskeln der Achselgrubenwindlungen des Menschen. *Ibidem.* — Bd. 47 1913 — H. 3|4 — s. 677-682.
- 32-e) — IDEM — Der Hautrumpfmuskel des Menschen. — *Ibidem.* — Bd. 48 1914 H. 1 - s. 1-58.
- 32-f) — IDEM — Zur Frage der Nervenversorgung des Achselbogenmuskels. — *Ibidem* - Bd. 50 1917 s. 341-343.

- 33) — SAAR (v) G. — Zur vergleichenden Anatomie der Brustmuskeln und des Deltamuskels. *Archiv. F. Anatomie N. Physiol* (HIS ENGELNN); *Anatom. Abt.* - 1903 - H. 2-4 s. 153-204.
- 34) — SICHER, H. — Zur Morphologie des Achselbogens beim Menschen. — GEGENBAUR'S *Morphol Jahrbuch* — Bd. 43 - 1911 - H. 3, s. 339-344.
- 35) — STEINBACH K. Über Varietäten der Unterzungenbein — und Brustmuskulatur — *Anatomischer Anzeiger*. Bd. 56: Nr. 21-22; s. 488-506. 1923.
- 35) — STERZI, G. — Il tessuto sottocutaneo — (Tela subcutanea) — *Archivio Ital. di Anatomia e Embriologia* — vol. IX. fasc. 1 1910, p. 71-73. 103.
- 37-a) — TESTUT, L. — Les anomalies musculares chez l'Homme, expliquées par l'Anatomie comparée, leur importance en Anthropologie. — Paris, Masson, 1884.
- 37-b) — IDEM — Les anomalies musculaires considérées au point de vue de la ligature des arteres. — Paris, Doln, 1892 - 21-23.
- 38) — TOBLER, L. — Der Achselbogens des Menschen, ein Rudiment des Panniculus carnosus der Mammalier. — GEGENBAUR'S *Morphol Jahrbuch* - Bd. XXX - 1902.
- 38) — TOURNIER. — Une anomalie musculaire faisceau pectoro-dorsal. — *Toulouse Médical* 1906 n.º 6, pag. 61-65. (cit. de LE BLANC).
- 40) — VALLOIS — Quelques remarques à propos de la signification du ligament de Gerdy. — *Montpellier Médical* 1913.
- 41-a) — VILHENA (de) H. — Observações anatomicas (III - algumas variedades do arco axillar muscular). — *Archivio de Anatomias e Antropologia* — vol. 1.º, fasc. 1.º Lisboa, 1912, pag. 15
- 41-b) — IDEM — Observações anatomicas III. — *Ibid.* vol. IV, n.º 2-3, 918 - pag. 198.
- 42-a) — WILSON, J. T. — Observations on the innervation of axillary arches in man, with remarks on their homology. — *Journal of Anat. A. Physiol.* — vol. 22, p. 2, 1888 . January - p. 294-300.
- 42-b) — IDEM — Further observations on the innervation of axillary muscle in man. *Ibid.* vol. 24, p. 1, Oct. 1889, p. 52-61.
- 42-c) — IDEM The innervation of the Achselbogem muscle. *Ibidem* vol. 47, p. 1, pag. 8-17 1912.

Attesto que tenho empregado em minha clinica o VIDAN com excellentes resultados.

DR. RUBIÃO MEIRA

ASSIGNEM A "REVISTA DE MEDICINA"

BRASIL (12 numeros)	18\$000
ESTRANGEIRO	36\$000
NUMERO AVULSO	1\$500

PELA SEARA SCIENTIFICA

O QUE PENSA E O QUE DISSE Alexandre Lustig ACERCA DA ETIOLOGIA DA ESCARLATINA, NA SUA CONFERENCIA DO HOSPITAL HUMBERTO PRIMEIRO

Como os leitores veem pelo resumo que vae abaixo, preferimos reunir numa synthese cuidadosa as ideias e as palavras proferidas pelo eminente professor Alexandre Lustig, na sua conferencia do Hospital Humberto 1.º, a proposito da etiologia da escarlatina. E eis por que o fazemos: Primeiramente, aqui (como em quasi tudo, aliás) as idéas fundamentaes é o que principalmente importa; o mais, isto é, lêr todo o livro, artigo, conferencia ou o que fôr, é trabalho só feito nos casos de necessidade directa.

Além disto, queremos seguir o proprio conferencista que, de si, entendeu saltar muitos trechos, e o fez.

Em ultimo lugar, colhendo no valioso trabalho do grande pathologo italiano o material de um bom resumo — e não mais — é que queremos deixar a "Ars Medica" (a quem, na pessoa do preclaro presidente, devemos a bondade de nos offerecer o texto original da conferencia) o ensejo de publicar este trabalho, "in toto", em primeira mão.

E' uma fórmula de pagar amabilidade com amabilidade. — N. da R.

Prevalecendo-se da grata oportunidade da presença nesta cidade, do eminente homem de sciencia, dr. Alexandre Lustig, professor de Pathologia Geral na Universidade de Florença e senador do reino da Italia, a joven associação scientifica "Ars Medica" promoveu uma sessão solemne para a recepção do illustre professor, e na qual tivesse s. excia. ensejo de dirigir ao corpo medico paulista a sua autorizada e sempre acatada palavra.

Foi no dia 24 deste mez, ás 8 horas da noite, que tal memoravel sessão se realisou, e ao Hospital Umberto I, onde teve ella logar accorreram em grande numero professores da nossa Escola, clinicos da cidade e estudantes de varios annos do curso medico. Perante esse selecto e numeroso auditorio foi o prof. Alessandro Lustig apresentado, sob os multiplos aspectos de sua eminente personalidade, de cientista, de medico e de sociologo, pelo verbo quente e amigo do professor dr. Affonso Bovero.

Findas as palavras elogiosas e justas do prof. A. Bovero, assimou á tribuna a sympathica figura do prof Alessandro Lustig, que foi saudada por uma prolongada salva de palmas, iniciando então a sua conferencia sobre os trabalhos de A. Amato sobre a etiologia da escarlatina.

Dizer o que foi essa magnifica lição, cheia de sinceridade e profundos conceitos, seria tarefa superior ás nossas forças e inacessivel á nossa critica.

Por isso, nos limitaremos a trasladar para estas linhas um resumo das magnificas palavras do professor illustre, buscando acompanhá-lo, quanto possivel, na sua erudita exposição.

Começou o mestre insigne por fazer sentir o quanto os habituaes methodos bacteriologicos, introduzidos na pratica por Koch, se têm mostrado, até hoje ainda, completamente impotentes para a demonstração etiologica de todo um grupo de molestias, que embora, positivamente de origem infecciosa, não nos deixaram ainda conhecer de maneira precisa e segura seus respectivos agentes etiologicos.

Refere-se com estas palavras, especialmente ao grupo de molestias, importantissimas pela sua contagiosidade e pela gravidade dos seus surtos, conhecidos sob a designação geral de **doença exanthematicas**, ou **febres eruptivas**, dentre as quaes se deve destacar, de um lado, o typho exanthematico, a febre volinica, a febre das montanhas rochosas e outras semelhantes, e de outro lado as febres eruptivas propriamente ditas, como a variola, a escarlatina, o sarampo etc.

Os numerosos schizomicetos isolados e considerados durante um certo periodo de tempo como agentes de taes molestias exanthematicas, não resistiram á critica severa da sciencia e hoje não têm mais que um interesse historico, ou não desempenham no quadro clinico da molestia mais que um papel secundario como agentes de infecção secundaria.

Entre os primeiros figuram, por exemplo, o diplococcus de Dubiet e Bruhe, ou o micrococcus de Balfour e Porter para o typho exanthematico; o micrococcus tetragens de Birks ou no micrococcus anaerobio filtravel de Bradford para a febre volinica; o diplostreptococcus de Monschikow, ou os bacillos de Canon e Pjalicke, de Cazajkowski e Borini para o sarampo; o micrococcus de Malyca, ou o variolococcus de Le Dantec, ou o bacillus variabilis de Nakaniski para a variola; a killeitia scarlatinosa de Hallier, ou a monas scarlatinosa de Klebs, ou o diplococcus de Class para a escarlatina. São todos meros vestigios de esperanças que se não confirmaram.

Entre os segundos sobresaem, seguramente, o streptococcus como germen dos accidentes secundarios da variola e da escarlatina e o proetus x no typho exanthematico.

Mas se taes germens são capazes de reproduzir, mediante innoculação as infecções secundarias que acompanham aquellas molestias, nunca são capazes de reproduzir as proprias molestias em sua pureza symptomatica.

Não foi somente no vasto campo dos schizomicetos que a argucia dos pesquisadores buscou, em vão, os agentes etiologicos das molestias exanthematicas.

As tentativas multiplas para attribuir a protozoarios a etiologia de taes molestias foram igualmente desprovidas de confirmação segura.

Tal foi a sorte ephemera desses pretensos protozoarios, como os microorganismos semelhantes a piroplasmas descriptos por Gotschild nos glogulos rubros dos doentes de typho exanthematico; os protozoarios endoglobulares observados por Wilson e Cobbe na febre das montanhas rochosas; os piroplasmas de Pappenheimer, os plasmodios de Renaux, ou as hemogragarinas de Dimond Paterson na febre violinica; os protozoarios e os corpusculos ovoides de Döhle e Hava no sarampo; o cyclaster scarlatinalis de Mallory, o synonthonozoon scarlatinae de Gamaleia na escarlatina; o cythorictes vaccinae e cythorites variolae de Guarnieri na vacina e na variola etc.

De toda esta inutilidade de esforços veio a conclusão de que taes molestias seriam produzidas por agentes filtraveis, ou por outros termos invisiveis, submicroscopicos, ou ultramicroscopicos n'estes ultimos annos e talvez como uma consequencia do estudo mais aturado dos corpusculos descriptos por varios autores como verdadeiros protozoarios responsaveis por taes molestias, uma nova doutrina surgiu, apadrinhada pelos nomes de Prowazek e Hipschütz, que já entrou francamente nos principaes tratados medicos e segundo a qual os agentes etiologicos de semelhante grupo de mo-

lestias pertenceriam á classe dos clamidozoarios strongiloplasmos, que não seriam bem schyzomicetos, nem bem protozoarios.

Segundo tal doutrina, as formações que se encontram seja no interior das cellulas, sejam livres nos tecidos, e que uns autores insistem em considerar como parasitas e outros como simples productos degenerativos do nucleo ou do cytoplasma cellulae, se podem dividir em duas grandes cathogorias: — 1.º) umas pequenissimas, attingindo apenas o limite da visibilidade, ou mesmo requerendo technicas especiaes para sua demonstração; 2.º) outras compreendendo formações de dimensões visiveis e demonstraveis com relativa facilidade pelas technicas microscopicas habituaes.

Os corpusculos da 1.ª cathogoria seriam de natureza parasitaria e representariam agentes ethiologicos, ao passo que os da 2.ª cathogoria representariam antes productos reaccionaes ou degenerativos das celulas ou inclusões, até certo ponto especificas, ou capazes pelo menos, de trazer valioso auxilio na differenciação diagnostica das mesmas molestias. As diminutas formações da primeira cathogoria denominadas por Prowazek com o nome de corpusculos elementares seriam constituidas apenas por uma pequenissima placa de chromatina aparentemente sem cytoplasma. Seriam as mesmas formações que Lipschütz chamou de strongiloplasmas, compreendendo sob tal denominação todos os agentes pathogeneos visiveis ultramicroscopicamente, filtraveis,, e que se apresentam como corpusculos pequenissimos (cerca de $1\frac{1}{4}$ de micrón) difficilmente coraveis, difficilmente cultivaveis e cuja multiplicação se realisa por secção transversal, á qual pode preceder um alongamento do corpusculo elementar.

Ao contrario dos coccus, durante a sua divisão, os corpusculos tomam o aspecto de um 8 ou de manubrio, succedendo frequentemente que os corpusculos recémdivididos apresentam uma estremitade afilada virada contra a do seu visinho, a que pode estar ainda unido por um ternissimo filamento.

Ao contrario das bacterias, estes corpusculos têm uma parte do seu desenvolvimento no interior do cytoplasma ou mesmo do cario-plasma dos elementos cellulares, provocando n'elles reacções que levam á formação das referidas inclusões, em cuja constituição entra tanto o elemento etiologico em si, como os proprios productos de reacção cellulae. Em poucas palavras, com o conceito de clamidozoarios-strongiloplasmas se tem tentado especialisar todo um grupo de microorganismos, dotados de characteristics especiaes e que não sendo bem protozoarios, nem bem bacterias, seriam os agentes ethiologicos, das febres eruptivas ou doencas exauthematicas.

A attenção sobre estes germens, cuja posição na systematica não é pois, ainda bem esclarecida, foi sobre tudo posta em foco com os recentes estudos feitos sobre o typho exauthematico, a febre volinica e a febre das montanhas rochosas.

Foi nestas molestias que Ricketts, depois Wilder, depois Töpfer, descreveram as formações depois descriptas com o nome geral de Rickettsias e particularmente encontradas no tubo digestivo do seu agente transmissor — o piolho.

São formas pequenissimas, arredondadas ou ellypticas, algumas vezes em forma de biscoito ou manubrio, e dotadas de vivos movimentos brownianos.

Coram-se com difficuldade e só por meio de colorantes muito energicos (Ziehl violeta de genciana phenicada, não diluida) e

mesmo assim, mais palidamente que os schizomicetos; com o Giemsa tomam uma coloração vermelho rubi; não resistem ao Gram.

No que diz respeito ao typho exanthematico, Rocha Lima demonstrou, por cuidadosos trabalhos que semelhantes produções eram sempre presentes no tubo gastro enterico de *pediculus vestimentis* infectados; que era sempre possível infectar piolhos normaes com taes parasitas, uma vez que se deixassem sugar o sangue de doentes de typho exanthematico; e que, embora não se tenha ainda feito a prova irrefutavel de presença de taes parasitas no homem infectado, o parallelismo existente entre a presença de *Rickettsias* no tubo gastro-enterico do piolho e a capacidade de este transmitir a molestia, constitue uma forte cadeia de provas para estabelecer a identidade de *Rickettsia Prowazeki* (como lhe chama Rocha Lima) e o agente do typho exanthematico.

Mas se tal etiologia se póde já hoje começar a admittir como verdadeira, ou, pelo menos, como provavel, para certas molestias com manifestações exanthematicas (typho exanthematico, febre volinica, febre das montanhas rochosas) tambem os nossos conhecimentos sobre a etiologia das febres eruptivas propriamente ditas (variola, escarlatina, sarampo, quarta molestia, quinta molestia, etc.) parece querer adquirir mais luz, nos recentes trabalhos feitos nesta mesma via.

Refere-se então o conferencista ao ponto capital de sua conferencia, os trabalhos de Amato sobre a etiologia da escarlatina.

Esses longos e pacientes trabalhos, levados a effeito, em grande parte, no Instituto de Pathologia Geral de Florença, levaram Amato á descoberta, em 1912, de formações inclusas no citoplasma dos leucocytos polinucleares neutrophilos do sangue dos escarlatinosos.

Eram corpusculos pequenissimos, arredondados ou ovaes, elipticos algumas vezes, outras triangulares ou quadrangulares, mas com os angulos arredondados, outras vezes emfim, se bem que raramente, em forma de foice ou meia lua.

Com o Azur II — Eosina, coloravam-se de azul pallido, apresentando no seu corpo um ou mais ganulos corados em vermelho vivo, ou vermelho violaceo.

Na maior parte dos casos havia um unico granulo vermelho bem visivel que, umas vezes occupa posição central, outras vezes, sobretudo nas formas alongadas, é excentrico; ás vezes havia mais de um granulo espalhados no corpo corado de azul, mas então procuravam uma disposição antes periferica.

Partido desta observação poude Amato, já então no Instituto de Pathologia Geral de Florença, dirigido pelo illustre mestre, seguir suas pesquisas e aprofundal-as, a ponto de, em uma communicação feita á Academia Medico-fisica florentina, em 1921, poder estabelecer e precisar todas as minudencias de estructura e colorabilidade que individualisavam os seus corpusculos. Essa individualisação assentava sobretudo na coloração especial que elles apresentavam com o methodo Azur II-Eosina e que permittia differencial-os de todas as outras formações anteriormente descriptas por varios autores no sangue de escarlatinosos. D'essas, as mais importantes eram, as descriptas por Dohle no sangue circulante dos escarlatinosos e constituidas por inclusões intra-lencocitarias que, n'um segundo trabalho, approximou de outras formas de typo espirochetico, o que o levou a sustentar a existencia de um agente espirochetico para a escarlatina.

Foi o trabalho principal de Amato, n'essa sua communicacão de 1921, fazer a differenciacão dos seus corpusculos com os descriptos por Dohle.

E a differença principal é representada pela presença no interior das inclusões de Amato de um unico, ou varios granulos coraveis de vermelho, vivo ou violaceo, com Azur II-Eosina, o que se não encontram nunca nas inclusões de Dohle.

Os corpusculos de Dohle se coram homogeneamente em azul intenso, ao passo que as inclusões de Amato se coram pallidamente e mostram nitidamente no seu interior um ou mais granulos corados de vermelho vivo ou violaceo.

Taes granulos differencam-se das granulações neutrophilas, não só pelo seu tamanho e coloração, mas ainda pelo facto de que nos preparados em que a differenciacão dos granulos leucocytarios não é perfeita, ou quando por processos especiaes de fixação os granulos neutrophilos não são differenciados, ainda os granulos de Amato se deixam ver nitidamente com as suas côres nitidamente individualizadas.

Para mais aprofundar o assumpto, Amato procurou a existencia de taes inclusões em grande numero de outras molestias, e essas pesquisas lhe deram sempre resultados ngativos.

Só no sangue dos esscarlatinosos taes inclusões eram demonstraveis, o que pode dar-lhes uma certa importancia especificada para o diagnostico, ao menos.

Taes vistas de Amato foram desde então confirmadas por varios autores.

Já em 1914 Salimbeni, communicava á Academia de Medicina de Paris ter observado no interior dos leucocytos corados com Giemsa, formas ovoides, ou em navetta constituídas por um granulo, ás vezes central, outras vezes peripherico, corado de vermelho violaceo, cercado de uma pequena zona azul claro.

Mais tarde o dr. Tron, do Hospital de Molestias Contagiosas de Milão, praticando systematicamente a pesquisa dos "corpos de Amato" em 40 casos de esscarlatina, encontrou-os em 36, sendo que os outros 4 casos tinham dado entradas no hospital apresentando sómente complicações consecutivas á esscarlatina.

Tambem o dr. Peronese, do Instituto de Hygiene de Padua, poz em evidencia no sangue dos esscarlatinosos, as inclusões de Amato, emquanto que não eram encontrados no sangue de individuos normaes ou affectados de sarampo, raiva, erysipela, pneumonia, malária, etc., e foi assim levado a escrever:

— A esscarlatina é uma infecção causada por um virus pertencente ao grupo dos filtraveis, cuja presença é demonstrada pela existencia de corpusculos endo-leucocytarios especiaes: os corpusculos de Amato. Da mesma forma o dr. Paolini, de Florença, confirmou com abundante material a descoberta importante de Amato.

Não contente com tudo isso, ainda Amato procurou as suas inclusões em varios orgãos e tecidos de individuos mortos de esscarlatina, sem complicações, conseguindo demonstrar a sua presença nas amygdalas, nos ganglios lymphaticos e na propria pelle.

A interpretação de taes producções é ainda difficil, pois se de um lado se póde effectivamente pensar em granulações cellulares, productos de destruição, do outro lado a sua colorabilidade especial, a sua frequente forma de 8 ou manubrio, dando a suppôr phenomenos

de divisão fazem pensar se possa tratar de microorganismos de dimensões extraordinariamente pequenas.

Perante tal incerteza, iniciou Amato varias tentativas technicas para cultura das suas inclusões, parecendo tel-o conseguido com meios especiaes de terreno de sua invenção, constituídos uns com base de pelles humanas e outros em que todo o azoto se encontrava sob a forma de aminoacido, ou então em saquinhos de colloidio inclusos n.º cavidade peritoneal do coelho.

Por todas estas provas conseguiu Amato obter do sangue de doentes de escarlatina do 1.º ao 5.º dia de molestia, e depois de 8 a 10 dias de permanencia na estufa, uma turvação dos meios culturaes liquidos ou de agua de condensação dos solidos, seguidas de formação de um fino deposito esbranquiçado sobre os globulos rubros ainda não hemolysados.

Buscando em taes culturas, com technica propria, Amato pôde encontrar formas granulares tenuissimas, isoladas, ou reunidas aos pares, em forma de 8 ou de manubrio, coraveis pelo Azur II-Eosina, ou pelo bileosinato de Tribondeau, e a volta dos quaes havia uma zona ligeira de côr azul-pallido.

Embora estas formações granulares sejam difficilmente transplantaveis, Amato já conseguiu obter com ellas um quarto repique.

Para estabelecer a evidencia etiologica das formas granulares descriptas por Amato, faltaria apenas a reproducção experimental da escarlatina. Mas como esta molestia não se transmite aos animaes communs de laboratorio, tendo sómente o coelho uma certa e relativa receptividade, forçoso seria recorrer aos macacos anthropomorphos, o que ainda não foi possivel no Instituto de Pathologia Geral de Florença. Injectando, porém, com culturas de 15 a 20 dias, contendo formas granulares verificadas, coelhos novos e cobayas, por via subcutanea, endovenosa e intraperitoneal, verificou-se que as cobayas não apresentavam modificação alguma, ao passo que em alguns coelhos se reproduziu o syndromo que Cantacuzene obtinha com a injeccão de sangue ou extracto de ganglios lymphaticos de escarlatinosos, uma elevação thermica, depois de uma longa incubação seguida de exanthema e descamação.

Se nos detivessemos a considerar estes resultados já obtidos por Amato seriamos levados a notar a concordancia da presenca nos escarlatinosos de formas elementares granulosas, frequentissimas, azurrophilas, que se mostram frequentemente sob a forma de 8, manubrio ou biscoito.

Taes formações granulares foram já encontradas como inclusões leucocytarias no sangue circulante, no muco de garganta, nas amygdala, nos ganglios lymphaticos e no conteudo de vesticulas cutanaes. Com ellas já se pôde conseguir culturas até ao quarto repique.

Com taes culturas já se conseguiu infeccionar coelhos.

Dahi poderiamos concluir sobre a importancia diagnostica de taes producções, sobretudo quando debaixo da forma de inclusões leucocytarias, de accordo com as vistas de Tron — Veronese.

Quanto á natureza de taes granulações não ha fugir approximal-as das descriptas no typho exanthematico, febre volinica e febre das montanhas rochosas, sob o nome de Rickettsias e como taes devem ser consideradas como corpusculos elementares de algum virus filtravel. E taes descobertas de Amato, representando portanto o que de mais organico e perfeito se conhece, em nossos dias, sobre a ethiologia da escarlatina, se não nos dão a solução definitiva do pro-

blema, pelo menos nos mostram que elle está no bom caminho para chegar ao final desenlace da debatida questão de etiologia da escarlatina e faz presentir que será o ponto de partida para a solução de igual problema em todo o grupo de todas as outras molestias exanthematicas e eruptivas, problema sobre que, por tanto tempo, se tem embotado as armas de todos os pesquisadores, mesmo os de maior competencia e valor.

Não ha duvida pois que os trabalhos de Amato nos abrem, neste obscuro campo uma nova via assaz promissora.

G. R.

“CONSIGLI AI GIOVANI MEDICI”

PROF. A. CARDARELLI — “Sudium”, Anno XIII, n.º 8

O professor Cardarelli bondosamente quiz dar aos doutorandos prestes a deixar os bancos escolares, alguns conselhos praticos, conclusões de sua grande experiencia de 65 annos de ensino medico.

Chama a attenção, o illustre mestre, para a trsnaição brusca que se opera, quando o joven medico, deixando os estudos escolares, passa para a pratica privada. Na escola o estudante não experimenta o peso da responsabilidade, os mestres ajudam-no sempre ao passo que na clinica particular, os collegas talvez não sejam inimigos, mas se não forem rivaes, pelo menos serão criticos severos.

Considera a medicina pratica como uma arte, mas estabelece bem nitidamente que, emquanto que nas bellas-artes é a imaginação a fonte creadora de todas as bellezas, na arte medica é o espirito de observação o “Abre-te, Sesamo” de todas as verdades.

Tal importancia dá o auctor á observação, que garante que todos os jovens observadores deligentes prosperarão na vida pratica, ao passo que os talentosos e mesmo de grandes culturas mas que se não tenham habituado desde os primeiros tempos á observação attenta, serão sempre figuras mediocres ou insignificantes como clinicos. Como primeira advertencia diz: “A clinica é um campo de observação, e vós desde que começardes a exercer a profissão deveis habituar-vos ao rigor da observação”.

Assignala o valor que isso tem sobre o espirito do povo, pois os doentes, seus parentes, a sociedade toda emfim, perdoará de bom grado a um medico novo, qualquer erro de diagnostico, desde que este tenha attentamente observado o doente, e jamais perdoará em caso contrario.

Estabelece que o rigor de observação é, antes de tudo, um dever para o medico, e lembra que em segundo lugar é um reclamo.

Mostra os resultados admiraveis que obteve na escola de Napoles e friza bem que o caracteristico desta escola é o espirito de observação.

Passa a mostrar como se deve observar um doente. Distingue, o notavel professor, dois methodos de exame.

O methodo chamado completo e que elle denomina rotineiro, consiste no exame systematico do doente Examina-se todos os apparelhos, seus orgãos e funcções. Certamente chegar-se-ha a um diagnostico, mas este methodo é improprio e inoportuno por duas re-

zões: A primeira, porque faz divagar e cansa a atenção; a segunda, porque desacredita o medico perante o doente.

Aconselha o methodo directo. Consiste em inquirir o doente sobre seus incommodos e pelas respostas dirigir-se logo ao orgão sobre o qual elle chama principalmente a atenção, passando em seguida ao exame dos outros que com elle mais se relacionarem.

Tal methodo dá uma directriz que evita divagações inúteis, e informa o medico qual o maior incommodo no caso, permittindo assim aquelle estabelecer uma therapeutica que allivie o doente, o que este muito apreciará.

No methodo directo a anamnese é feita apoz o exame do estado actual. O professor justifica muito bem este modo de proceder.

Considera que a anamnese feita antes do exame é um interrogatorio mais ou menos vago e sem interesse, ao passo que apoz o exame a anamnese póde ser dirigida segundo um plano, que permitta confirmar uma e excluir as demais hypotheses cabiveis.

Em seguida aconselha a annotação, em um livro especial, dos casos observados e principalmente dos dubios ou dos diagnosticados erradamente; e esses erros e essas duvidas servirão de guia e advertencia para o futuro.

Exprime-se assim: “. a pratica medica” não se adquire senão com o recordar e meditar sobre os casos observados”

No que toca á therapeutica o venerando mestre acha que, actualmente, os medicos novos, ainda imbuidos das ideas escolares não dispensam toda a atenção que merece a therapeutica symptomatica, e por isso dá o prestigio da sua auctoridade áquelles que recorrem a esta therapeutica enganadora, mas sempre muito humana, dizendo: Não temaes ser superficiaes aconselhando os meios de cura symptomaticos, se existir uma medicação activa, causal, radical. Administrae-a, mas se os remedios ethiologicos não existirem, não insistaes. Se não puderdes combater o processo, pelo menos sêde uteis alliviando os soffrimentos”

A. B. O.

Meningite suppurada por pneumococcus consecutiva a uma otite complicada de paralysisia facial. Cura apóz abcesso de fixação. Presença de antígeno de pneumococcus, typo II, no pús do abcesso de fixação. — Arnold Netter e Emile Cesari. — Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. de Paris, 31 de Maio de 1923.

O A. faz considerações geraes sobre o prognostico das meningites pneumococicas, sempre muito graves; em 42 casos relatados nos *Bulletins* 7, 1 % de curas, e em 60 casos do A., 6 curas.

Allude á desigualdade de efficiacia dos sôros pneumococcicos e meningococcicos achando-a devida: 1) á multiplicidade das localizações pneumococcicas e á invasão costumeira do sangue; 2) á proliferação muito rapida dos pneumococcus nos exsudatos; 3) a presença minima de elementos cellulares nestes exsudatos, provando inibição dos processos de defesa; 4) á capsula que reveste os pneumococcus protegendo-os contra os anti-corpos contidos nos sôros (tendo a propósito Richard e Laman mostrado que a addicção de oleato de sodio

permite ao sôro pneumococcico destruir os pneumococcus não só *in vitro* como em meningites experimentaes em macacos.

Passa o A. á exposição do caso. Doente de 8 annos de idade com todos os signaes de meningite aguda: rigeza da nuca e tronco, movimentos convulsivos, perda do conhecimento, hyperthermia.

Apresentava além disso paralytia completa do facial de um dos lados.

O doente tinha sido accommettido, 20 dias antes, de uma otite direita e tinha sido no mesmo dia praticada a paracentése do tympano. Nove dias depois apparecia a paralytia facial. Como a punção fosse tentada 2 vezes infructiferamente, fez diagnostico clinico de meningite pneumococcica e instituiu tratamento: gelo, banhos quentes, fricções de collargol e injeccão de 1 cc. de essencia de therebentina na parte externa da coxa. Após 3 dias foi praticada a punção lombar retirando-se 30 cc. de liquido purulento, injeccão de 20 cc. de sôro pneumococcico no canal nachiano e 20 cc. do mesmo sôro na massa sacro-lombar. Melhora rapida do doente, seguida de cura.

O exame do liquido retirado revelou a presença de pneumococcus classificados no typo II.

O pús do abcesso no momento da evacuação mostrou ao microscopio ausencia de germen, como de costume. Praticou com o pús deste abcesso o processo de Ascoli com o fim de pesquisar a presença de antigeno pneumococcico com a seguinte technica: misturar em partes eguaes pús e agua distillada e deixar 24 horas na geladeira. Filtrar, tornar o filtrado isotônico pela addicção de uma sol. a 20 % de Nace na proporção de 1 gotta por cc. Collocar em pequenos tubos os varios soros agglutinantes na dose de 1 cc. e deixar correr lentamente pela parede do tubo 1 cc. do filtrado. Quando o filtrado contem antigenos correspondentes ao sôro em que está em contacto forma-se um anel de precipitação no ponto de contacto dos 2 liquidos. O A. no caso em questão utilisou sôros pneumococcicos typos I, II e III e sôro normal de cavallo; só houve precipitação no tubo que continha sôro typo II. O A. praticou outras experiencias analogas em casos de pneumococcias e teve resultados analogos, o que prova que no pús dos abcessos de fixação se encontram os antigenos do agente microbiano que provocou a molestia. Estes antigenos devem provir de germens que foram conduzidos ao abcesso englobados nos phagocytos e ahi destruidos pela acção bactericida da essencia de therebentina, deixando em liberdade as proteínas especificadas, o que prova a justeza do nome dado por Fochier de "abcesso de fixação".

F. & F.

Certifico que tenho empregado com bons resultados, em minha clinica o reconstituente VIDAN em cuja formula se associam o hypophosphito de calcio, glycerophosphato de magnesio, glycerina, kola e arsenico.

a) DR. CELESTINO BOURROUL

NOTICIARIO SOCIAL



(Phot. especial da "Revista de Medicina")

Alexandre Lustig
 24 de Setembro
 1923

ALEXANDRE LUSTIG

A convite da sociedade scientifica "Ars Medica" visitou São Paulo, aqui proferindo uma conferencia sobre a etiologia da escarlatina, o illustre professor e homem publico italiano, dr. Alexandre Lustig. Procurado no Hotel onde se hospedou, por um dos nossos redactores que o fêra entrevistar, s. exa. honrou-o concedendo-lhe alguns momentos de amavel conversação. Do que disse o preclaro scientista a esse nosso companheiro colhemos o excerpto que abaixo se lê.

Vestibulo de um dos nossos grandes hotéis. 20 horas. Moços de recados passam a correr. Hospedes entram e saem. Ha um vago ruido de musica vindo doutro andar. Ao fundo da scena, num plano mais alto, á esquerda, grupo "maple" em couro "marron" e dois homens assentados a conversar. A um dado momento um delles tira do bolso do casaco um pequeno canhenho; o outro passa a falar mais pausadamente. São um grande medico, professor e politico italiano — Alexandre Lustig — e um reporter, na attitude classica de "interview".

— *O reporter*: — ... e é no exercicio dessa nossa actividade que vos rogamos, sr. professôr, o honroso obsequio desta entrevista.

— *O professôr*: — Presto-me a ella com o maior prazer.

— *O reporter*: — Para sermos breves, comecemos sendo concisos. Quer v. exc. dizer-nos as vossas impressões da nossa cidade?

— *O professôr*: — E' magnifica. Dizendo isto, digo tudo. Não cria que viesse encontrar tão esplendida cidade. Vejo que a iniciativa particular soube crear nella cousas maravilhosas. E', na verdade, uma cidade de grande futuro industrial, e, ainda, cidade que saberá fazer-se centro scientifico serio, servido de ricas bibliothecas e de meios de estudos abundantes, sabendo, ao

lado disso, manter independencia scientifica. Sinto-o bem. Doutra fórma, aliás, que fosse o seu desenvolvimento, seria empirismo e os frutos da sua civilização não seriam mais verdadeiramente abundantes e ricos.

E' o que vos digo sobre a vossa magnifica cidade de São Paulo, que conheço de algumas horas...

— *O reporter*: — E sobre a situação actual das sciencias medicas na Italia, far-nos-ha v. exc. a honra de nos transmittir algumas das vossas idéas?

— *O professôr*: — Depois da Guerra houve um momento de parada na actividade scientifica da nação. Quasi todos voltaram as suas vistas para os ganhos faceis e os meios d'enriquecer rapidos, e as sciencias biologicas foram cultivadas por poucos apostolos. Hoje, os nossos homens de sciencias comprehenderam que ellas têm o seu fundamento na Anatomia, na Physiologia, na Pysio-Pathologia, na Pathologia Experimental, em geral, e na Anatomia Pathologica; tornaram ao bom caminho, e, na hora presente, a actividade dos nossos grandes institutos biologicos e clinicos é muito confortadora. A nossa producção scientifica é, comtudo, pouco conhecida ainda no Brasil. Espero que para breve os nossos tratados mais modernos e as nossas revistas criem direitos de cidadania entre os medicos brasileiros. Vi com prazer que o meu *Tratado de Pathologia Geral*, mesmo na sua nova edição, que é a VI.^a, é aqui lido e estimado não só pelos medicos de origem italiana, como tambem pelos meus novos e gentis amigos paulistas. O que vos digo a proposito das sciencias medicas na Italia, actualmente, pôde aliás, applicar-se a todos os outros paizes da Europa, mesmo os que não tomaram parte directa na Guerra...

— *O reporter*: — E a respeito do thema sobre o qual teremos amanhã o prazer e a honra de ouvir-vos, poderemos pedir uma palavra?

— *O professôr*: — Seria talvez inoportuno. Ha tres mezes estou ausente da Europa. Ignoro o que se haja avançado no estudo desse assumpto, lá. Mesmo para a minha palestra scientifica de amanhã, não pude consultar a literatura que seria conveniente examinar. Tambem não farei o que se possa, a rigor, chamar uma conferencia. Será antes, e simplesmente, uma communicacão do que vem fazendo, ha annos, um dos meus prezados discipulos, Amato, no Instituto Superior de Pathologia Geral, de Florença (do qual tenho a honra de ser director) a proposito do problema das doenças exanthematicas, em geral, e da etiologia da escarlatina, de modo particular. Aguardae algumas horas: a vossa pergunta será respondida, amanhã, pelo que eu dissér no Hospital Humberto Primeiro..

X.

PROFESSOR ALEXANDRE LUSTIG — A convite da sociedade scientifica "Ars Medica" visitou São Paulo o notavel homem de sciencia italiano, Prof. A. Lustig. S. exa. que é director do Instituto Superior de Pathologia Geral, de Florença, é um nome dos mais acatados nos circulos scientificos do seu paiz, e é o auctor, entre outros trabalhos, de um tratado de Pathologia Geral reputado classico — tal o seu valor.

E', ainda, politico, occupando uma cadeira senatorial no parlamento italiano.

Em outro ponto desta secção publicamos algumas palavras de s. exa., de uma entrevista concedida a um dos nossos redactores, e, noutra parte do texto, um resumo da sua applaudida conferencia..

DR. CARMO LORDY — A bordo do "General San Martin" regressou de sua viagem de estudos á Europa, acompanhado de sua exma. familia, o sr. dr. Carmo Lordy, lente cathedratico de Microbiologia da Faculdade de Medicina desta capital.

DR. LEMOS TORRES — Embarcou a 29, para o Rio, com destino aos Estados Unidos, o Dr. Lemos Torres, professor assistente da 1.ª cadeira de clinica medica, de que é cathedratico o nosso director, Prof. Rubião Meira. S. exa. vae a convite da Fundação Rockefeller e pretende fazer em Columbia, na clinica do Prof. Williams e depois em Londres, com o Prof. Lewis, um curso especial de moléstias do coração e electrocardiographia.

S. exa. pretende estar de volta dentro de 6 mezes.

ESTUDANTES CARIOCAS — Acompanhada pelos Drs. Dyonisio Cerqueira e Gilberto de Moura Costa, chegou a esta Capital, na noite de 23, uma turma de doutorandos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Receberam-na, na "gare", o Dr. Domingos G. Faria, em nome do Director da Faculdade, e o Sr. J. Ignacio Lobo, presidente do Centro Academico "Oswaldo Cruz"

Durante a estadia dos nossos distinctos hospedes, que vieram em visita aos estabelecimentos scientificos de São Paulo, foi observado o seguinte programma :

2.a-feira: ás 8 horas, visita á Santa Casa, onde assistiram a uma aula do Prof. Ovidio Pires de Campos; ás 13 horas, visita á Polyclinica, onde foram recebidos pelo director, Prof. Sergio Meira Filho; ás 15 horas, visita á Assistencia Publica, tendo-os recebidos o Dr. Raul de Sá Pinto, director do departamento. Em seguida, fizeram um passeio pelo cidade, acompanhados dos srs. J. I. Lobo e H. Paula Santos. A' noite, assistiram no Hospital Humberto I, á conferencia do Prof. Lustig, sobre "a etiologia da esscarlatina"

3.a-feira: ás 8 horas, visita á Penitenciaria do Estado, onde se demoraram mais de 3 horas, observando as installações e a organização do regimen daquelle instituto; ás 13 horas, visitaram a Faculdade de Medicina, onde os Drs. Dyonisio Cerqueira e Gilberto Moura Costa e o doutorando Helion Póvoa foram cumprimentar o Director, Dr. Adolfo Lindenberg.

A's 14 horas e meia, dirigiram-se ao bairro do Ypiranga, onde apreciaram o Monumento da Independencia, o Parque e o Museu; aqui os recebeu o Dr. Affonso Taunay, director;

4.a-feira, pela manhã, a turma de cirurgia assistiu a uma intervenção praticada pelo Dr. Ayres Netto; á tarde, partiram para o Butantan, onde fizeram uma visita minuciosa ao Instituto Serumtherapico, acompanhados pelo Dr. J. Bernardino Arantes, director interino do estabelecimento.

5.a-feira: ás 7 horas e 50, partida para o Hospicio Nacional dos Alienados, onde assistiram a uma aula do Prof. Trétiakoff, sobre "syphilis da medulla". Em seguida percorreram o estabelecimento, tendo o Dr. Pacheco e Silva, director, mostrado aos visitantes todas as de-

pendencias do edificio central. Após o almoço, seguiram pelo trem das 13 horas e 10, para Campinas, onde os aguardava o Dr. Penido Burnier, director do Instituto Ophthalmico daquela cidade. Ahi visitaram, além deste estabelecimento, a Maternidade, o Hospital do Circulo Italiano e a Beneficencia Portugueza. Pelo trem das 17 horas e meia regressaram a esta Capital.

6.^a-feira: ás 13 horas, visita ao novo predio da Faculdade de Medicina, onde assistiram a uma aula de Medicina Legal, pelo Prof. Ascendino Reis. A's 15 horas, visita á Escola Normal. Ahi, depois de percorrerem todas as dependencias, assistiram, no Jardim da Infancia, a varios numeros de poesia e canto pelos alumnos e alumnas, cujos professores quizeram, com essa gentileza, homenagear os visitantes.

A's 19 horas, no Hotel Keffer, os estudantes cariocas ofereceram um jantar aos seus collegas paulistas, o qual decorreu dentro da melhor cordialidade. Em nome delles falou o doutorando Helio Póvoa, que externou os melhores e mais comovidos agradecimentos dos academicos do Rio aos seus collegas paulistas, pelas gentilezas recebidas.



Grupo photographado no pateo central da Santa Casa de Misericordia

Respondeu-lhe o doutorando José Ignacio Lobo, presidente do Centro "Oswaldo Cruz" que declarou vêr naquelle jantar tão intimo e cordial, o symbolo da união que deve existir entre todos os estudantes brasileiros.

Pelo segundo nocturno desse dia regressaram para o Rio, sendo acompanhados até a estação pelos rapazes da nossa Faculdade.

Foi das mais lisonjeiras a impressão deixada em São Paulo pelos nossos collegas do Rio.

CAMPEONATO ACADEMICO DE ATHLETISMO. — No campo do Clube Athletico Paulistano realisou-se em 3 de Setembro passado, com extraordinario brilhantismo e optimos resultados, o Campeonato Academico de Athletismo de 1923.

Compareceram á competição 68 atletas, representando a Faculdade de Direito, a Faculdade de Medicina, a Escola Polytechnica, o Mackenzie College, a Escola Superior de Mechanica e Electricidade, o Instituto Medio, a Escola de Pharmacia e Odontologia, todas da Capital, e mais a Escola de Pharmacia e Odontologia de Pindamonhangaba.

Venceu a competição a turma do Mackenzie College, seguida pela da Escola Polytechnica.

A turma representativa da nossa Faculdade, organizada com grande trabalho pelo nosso collega, o valoroso athleta Alvaro Ribeiro, conseguiu o 3.º logar na classificação geral, o que é bastante apreciavel, dado o diminuto numero de atletas que a constituíam.

Obteve ella 3 primeiros logares: nas corridas de 100 metros em 11', 400 metros em 53'3/5, e nos saltos em distancia com 6m,27. Antonio Caio do Amaral com um bello salto de 1m,70 collocou-se em 2.º logar nos saltos em altura. Alberto Caldarelli, conseguiu classificar-se para a disputa final de arremesso de peso. Os nossos collegas Antonio Azevedo, Ismael Torres Guilherme, José Madeira, mostraram-se bons atletas, precisando porém intensificar os seus treinos para melhorarem as suas classificações na proxima competição.

Temos a lamentar a ausencia de Alberto Cottini e Edwin Zink, que por doença não puderam apresentar-se.

Esperamos, para o anno vindouro, registrar aqui os grandes triumphos que esta primeira prova nos anima a suppor.

Eia, rapazes!

ANNUNCIEM NA "REVISTA DE MEDICINA"

Mediante pedido enviamos tabellas de preços e prestamos promptamente quaesquer outras informações.

**Comprem,
Assignem
e
Annunciem
em a**

“REVISTA DE MEDICINA”

— o grande mensario paulista de ciencias medicas, editado pelos academicos de Medicina.

DIRECÇÃO SCIENTIFICA

DO

Prof. RUBIÃO MEIRA



O EMPLASTRO PHENIX

E' PREFERIDO PELO PUBLICO POR

3 MOTIVOS:

- 1) E' MAIS EFFICAZ,
- 2) E' MAIS BARATO,
- 3) E' MAIS CONHECIDO

QUE QUALQUER OUTRO medicamento congenero, LINIMENTO ou UNGUENTO.

CURA { *RHEUMATISMO,*
TOSSE, DORES nas COSTAS
e QUALQUER DOR

KANIEFSKY & Co. Ltda. - CAIXA, 1365 S PAULO



©

ESTE E' O

LEGITIMO



ALUETINA

Injecção intramuscular
indolor de
cyaneto de mercurio



As injeções
devem ser
intramusculares

São surprehêndentes os resultados da *Aluetina* na *syphilis cerebral, visceral, ophtalmica*, etc., em que se precisa agir de pressa mercurialisando intensivamente o doente. O exito do tratamento da *syphilis* depende da escolha de uma bôa preparação mercurial.

Empôlas de 1 cc. com 1 centigr. e 2 cc. com 2 centgrs.

A' CLASSE MEDICA

Chamamos a atenção dos srs. Clinicos, que não tiverem ainda occasião de empregar a *Aluetina* WERNEKCK (sôro mercurial indolôr), no tratamento da avaria, para os resultados surprehêndentes que têm obtido diversos clinicos desta capital e dos diversos Estados, dentre elles os Srs. Drs.: Miguel Couto, Abreu Fialho, Aloysio de Castro, Rocha Faria, Juliano Moreira, Werneck Machado, Eduardo Rabello, Silva Araujo, Emilio Gomes Sylvio Muniz, Carlos Gross, Guilherme da Silveira, Pimenta de Mello, Guilherme de Moura, Guedes de Mello, Neves da Rocha, Pinto Portella, Duarte de Abreu, Camillo da Bicalho, Carneiro da Cunha, Jorge Pinto, Annibal Pereira, Raul Rocha, Leopoldo Araujo, Theodureto do Nascimento, Joaquim Domingues Lopes, Pedro Corrêa Netto, Renato Kehl, José de Mello Camargo, e muitos outros.

RUA DOS OURIVES, 5 e 7 — RIO

RUA DOS OURIVES, 5 e 7 — RIO

LABORATORIO DE CHIMICA, MICROSCOPIA E BIOLOGIA CLINICAS

Analyses em geral — Vaccinotherapia

Dr. Aristides G. Guimarães — Dr. Oscar M. de Barros

Ph.^{co} Mendonça Cortez

RUA DIREITA, 35 - 1.º — Telephone: Central, 5033
Caixa Postal, 1600 SÃO PAULO

LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA
RUA TYMBIRAS 2, (sobrado) — S. PAULO — (Brasil)

Director Technico: Prof. ULYSSES PARANHOS
Consultor Technico: Prof. ERNESTO BERTARELLI

Productos recommendaveis aos Srs. Clinicos

- ASPIR** — (citro-bismuthato de sodio). Cura immediata de todas as manifestações da lues com poucas injeções intra-musculares. Não produz estomatites, nem albuminuria. Aplicações indolores e de 3 em 3 dias.
- PALUDAN** — Medicamento chimiotherapico ideal contra o paludismo. Milhares de successos nas zonas malarigenas. Injeções intra-venosas e intra-musculares diarias.
- CITOSAN** — Medicação intensiva pelos cacodylato (0,30 por ampôla de 5 c.c. de sôro physiologico estrinquinsado). Indicado nas asthenias, doenças torpidas da pelle, tuberculose e convalescença de molestias prolongadas. Uma injeção intra-muscular diaria.
- CRYSTAES IODADOS** — (Succedaneo dos saes de Karlsbad). Usado nas enterite e entero-colites chronicas, doenças do figado e dos rins, arterio esclerose e obesidade. Uma colher das de café, numa chicara de agua quente, pela manhã em jejum.
- BIOESTAN** — Comprimidos de oxido de estanho, estanho metallico e levedo de cerveja. Combinação ideal contra as infecções estaphylococcicas da pelle. Use de 3 a 5 por dia.
- BIOMANG** — (nucleinato de manganéz). Verdadeira oxydase, agindo na economia, com função de verdadeiro catalisador. Indicado nas anemias globulares e hemolyticas e na convalescença das molestias infectuosas. Injeções hypodermicas diarias. Comprimidos: 2 a 3 por dia.
- ENTEROPAN** — (vaccina contra as affecções não especificadas do intestino). Indicado nas enterites, entero-colites e diarrhéas rebeldes. 2 a 3 injeções hypodermicas por semana.
- ANEMIA-OVARO-MAMELINA** — Associação dos extractos ovarianos e mammarios com extractos estabilizados de piscidia, viburnum e hamamelis. Cura as menorrhagias, ovarites, menstruações dolorosas, accidentes da menopausa e perturbações da puberdade. Use 2 colheres das de café por dia, misturadas a um calice de agua.
- BOINTER** — (Extracto de glandula intersticial masculina). Poderoso medicamento indicado na asthenia nervosa, depressão sexual, neurasthenia genital, senilidade precoce, hypoplasias genitales da puberdade. Em injeções hypodermicas diarias, ou em comprimidos, usados 3 diariamente.

LABORATORIO DE ANALYSES
DO DR. JESUINO MACIEL

Com longa pratica do Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro (Manguinhos) e do antigo Instituto Pasteur, de São Paulo

MICROBIOLOGIA E CHIMICA CLINICAS

Exames completos de Sangue, Urina, Fezes, Escarros, Puz, Falsas membranas e outros Exsudatos; Liquido cephalo-rachidiano, Succo gastrico, Leite, Pellos e Escamas, Tumores e Fragmentos Pathologicos — Reacção de Wassermann e de Widal — Constante de Ambard — Auto-Vaccinas.

Rua Libero Badaró, 53 — S. PAULO — Tel. Central, 5439

Aberto diariamente das 8 ás 18 horas
SO' ATTENDE A SERVIÇOS DA ESPECIALIDADE

Laboratorio de Chimica e Microscopia Clinicas
DO PHARMACEUTICO

MALHADO FILHO

Analyses de urina,, sangue, succo gastrico, leite, fezes, escarros falsas membranas, reacções de Wassermann, de Ronchêse e de Widal, auto-vaccinas, etc. — — — — —

O laboratorio fornece vidros especificaes para a colheita de urina, acompanhados das necessarias instruccões.

— **PAGAMENTO A VISTA** —

ABERTO DIARIAMENTE DAS 9 A'S 18 HORAS

TELEPHONE — CENTRAL, 2572

RUA SÃO BENTO N. 24 - (2.º andar)

SÃO PAULO

"INSTITUTO VITAL BRAZIL"

AVISO AOS SENHORES MEDICOS

Tenho a satisfação de comunicar aos Srs. Medicos que, sendo encarregado da representação commercial do "Instituto Vital Brazil", no Estado de S. Paulo e limitrophes, estou promovendo a collocação dos excellentes productos desse "Instituto" em todas as Drogarias e pharmacias, devendo, pois, SS. Excs. encontrar em qualquer dellas os productos que desejarem receitar a seus clientes. Entretanto, se assim não acontecer, isto é, se a Pharmacia a que SS. Excs. recorrerem, não puder de prompto fornecer o producto desejado, poderão SS. Excs. appellar para o nosso deposito, que attenderemos com a maior presteza, enviando a SS. Excs., ou ao cliente, pelo meio mais expedito, qualquer dos productos ou informações que desejem.

E' a seguinte a relação dos productos ora preparados pelo "Instituto", sob a immediata e esculpulosa direcção do Dr. Vital Brazil:

<i>Soros therapeuticos</i>	Hormo orcheinico	Vaccina typhica T.A.B.
Soro normal de cavallo	„ hepatico	„ contra o acne
„ secco	„ renal	„ ozenosa
„ normal glycerinado	„ thyroideo	„ pestosa
„ anti-aphthoso	„ suprarenal	„ thyphi-paratyphica
„ anti-pestoso	„ mammario	<i>Comprimidos de orgãos</i>
„ anti-estreptococcico	„ pluriglandular	tubos de 25 cc.
„ anti-dysenterico	„ cerebral	Figado
Hemostatico	„ esplenico	Baço
Soro anti-pneumococcico	„ ovarico	Thyroideo
„ anti-gonococcico	Suprarenino	Pancreas
Hormonico	Hypophisina	Rim
Soro hormo-gravidico	<i>Extractos glycerinados</i>	Suprarenal
„ anti-bothropico	Extract. renal	Hypophise
„ anti-ophidico	„ hepatico	Glandula mammaria
„ anti-crotalico	„ esplenico	Sangue
„ anti-diphtherico	„ suprarenal	<i>Solutos mercuriales indolores</i>
„ anti-tetanico	„ cerebral	"Lipo-Hydrargyro B"
„ renal caprino	„ glandula mammaria	(Bi-iodureto de Mercurio)
„ anti-meningococcico	„ tonsilar	caixas de 6 e 12 empolas
<i>Solutos medicamentosos</i>	„ pancreatico	<i>Fermento Bulgaro</i>
Oleo camphorado a 25%	„ hematogenico	tubo com 25 compr.
Iodato de sodio a 10%	„ thyroideo	<i>Comprimidos diversos</i>
Tartaro emetico a 1%	„ orcheinico	tubos de 25 cc.
<i>Tuberculina de Koch</i>	<i>Vaccinas</i>	contra a opilação (amarelão) de chlorhydr. de quinina, 0,25.
uso veterin. de 10 cc.	Vaccina estaphilococcica	
cuti-reacção caixa de 6 emp. 1 2 cc.	„ estreptococcica	
<i>Extractos injectaveis</i>	Vaccina gonococcica	

PRODUCTOS HYGIENICOS: *Dentifricio*, frascos de 50 cc. — *Pó dentifricio*, cxs. de 25 gr. — *Pasta dentifricia*, tubo de 30 gr. — *Soropileo*, frasco de 250 gr. — *Sorokyto*. — Agua de toucador para loção — tonica desinfectante, cromatica e de grande efficacia contra a caspa e queda de cabelo. Amaciar a pelle, tirar pannos, sardas espinhas, etc. — Frasco de 250 gr.

OSCAR AMERICANO — Rua Anhangabahu' n. 8, 1.º andar—Tel. 6568 Central

LABORATORIO DE MICROSCOPIA

E

ANALYSES CLINICAS

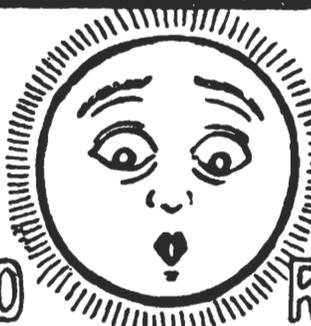
Dr. Altino Antunes

RUA DO CARMO N. 11

Telepho. 2463 (Central)

SÃO PAULO

RINS BE XIGA
ARTHRITISMO RHEUMATISMO



BI-UROL
SILVA ARAUJO
RIO





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).