

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1938

PRESIDENTE

FLORENCIO YGARTUA

Doc. de Cl. Pediatrica

VICE-PRESIDENTE

HUGO RIBEIRO

Dermatologista da S. Casa

SECRETARIO GERAL

RAUL DI PRIMIO

Doc. de Parasitologia

1.º SECRETARIO

CARLOS DE B. VELHO

2.º SECRETARIO

SALVADOR GONZALES

TESOUREIRO

ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO

E. J. KANAN

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

TOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Medica

A. SAINT-PASTOUS

Cat. de Cl. Medica

ELYSEU PAGLIOLI

Cat. de Cl. ropedêutica Cirurgica
(luterino)

SECRETARIO DA REDAÇÃO

SADI HOFMEISTER

REDADORES

GABINO DA FONSECA

MARIO TOTA

NOGUEIRA FLÔRES

ANES DIAS

PEDRO MACIEL

PEREIRA FILHO

MARIO BERND

J. MAIA FAILACE

AMERICO VALERIO

ALVARO B. FERREIRA

IVO CORRÊA MEYER

JOÃO G. VALENTIM

HELMUTH WEINMANN

WALDEMAR NIEMEYER

MARTIM GOMES

GUERRA BLESSMANN

D. SOARES DE SOUZA

VALDEMAR CASTRO

RAUL MOREIRA

JACI MONTEIRO

J. L. T. FLÔRES SOARES

NINO MARSIAJ

CARLOS CARRION

J. LISBÔA DE AZEVEDO

C. LUPI DUARTE

LUIS S. BARATA

ANTONIO LOUZADA

GERENTE: **ALMANZOR ALVES**

ASSINATURAS:

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000 — Estrangeiro ano: 40\$000

Séde da Redação:

RUA GENERAL CAMARA, 261

Caixa postal, 872

Sumario

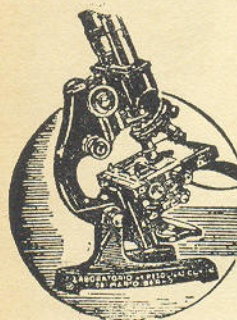
Trabalhos originais

- MANUEL LOFORTE GONÇALVES — Considerações sobre um caso
de Pseudo-Hermafroditismo Pág. 145
- SERGIO CATTANI DE CURTIS — A proposito de um caso „ 183

Analises de Revistas

- Analises de Revistas „ 192

Nas convalescenças: **Serum Neuro - Trófico**
Tônico geral - Remineralizador - Reconstituinte - Estimulante
— MEDICAÇÃO SERIADA —
Instituto Terapêutico Orlando Rangel
Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro



Laboratório de Pesquisas Clínicas

DR. MARIO BERND

ANDRADAS, 1305
ALTOS DA LIVR. AMERICANA

TELEFONE 6596
Serviço Noturno, Tel. 5188

Considerações sobre um caso de Pseudo-Hermafroditismo

pelo

Siore Docente Manuel Soforte Gonçalves

1.º assistente de Therapeutica Clinica

Nous sommes bien loin, sans doute, de l'époque mythologique où le fils d'Hermès et d'Aphrodite, uni, par la volonté des dieux, à la nymphe Salmaïs, put léguer aux recits des poètes et au ciseau des sculpteurs, la description de sa double personne:

Nec femina dici,

Nec puer ut possent, neutrunque et utrumque vi-
[dentur (Ovidio)]

MAURICE LANGUIER in Dictionnaire de
Medicine et Chirurgie pratiques
(vol. XVII. pag. 488).

Ha tres para quatro anos, tivemos ocasião de apresentar á Sociedade de Medicina desta Cidade, um caso de pseudo-hermafroditismo feminino por nós operado.

Desde essa época sempre tivemos em mente publicá-lo, mas inumeros contratempos nos coibiram de realizar tal desejo.

Só agora temos oportunidade de fazer a sua publicação, procurando traçar algumas considerações a respeito.

O hermafroditismo natural, o perfeito, é o que se encontra exclusivamente nos vegetais e nos limites inferiores da escala zoologica.

Excéto os criptogamos, de reprodução dita asexuada, todos os fanerogamos são monoicos. Assim, nos vegetais não é rara a androginia e a ginandria. Entre os cestodios e os helmintos muitos desses fatos vamos encontrar como fórmas normais. Os hirudínios (sangesugas), os gasteropodes (caracol), são hermafroditas.

Acreditou-se que os sêres hermafroditas podiam se auto-fecundar. DARWIN demonstrou que nas plantas era necessaria a fecundação cruzada ou anfiginixia. Nos animais está provado hoje que, o que acontece, é a fecundação reciproca.

Ha um hermafroditismo sucessivo em que quasi sempre os órgãos masculinos estão maduros primeiro que os femininos. E' o que se chama o hermafroditismo protandrico. O protoginico parece ser muito mais raro.

Talvês assim se expliquem alguns dos tão misteriosos fenomenos de partenogenesis e pedogenesis.

A verdade é que, á medida que o ser evolue dentro da escala animal,

mais específica a sua unisexualidade. A geração é dita dioica ou gonocórica. Parece que esse dimorfismo sexual seja fruto da evolução, como meio de defesa do organismo contra a influencia do ambiente.

Como para lembrar as fases sucessivas por que passaram os mamíferos superiores até chegar ao estado presente, aparecem de vez em quando regressões atávicas que criam as monstruosidades, as quais são tanto mais interessantes quanto mais se aproximam do problema sexual, que como instinto, atrai soberanamente a nossa atenção.

Esses desgraçados na vida humana passam a ser frangalhos ridículos, ante os quais, mais curiosa que penalizada, a turba estaca, atonita, para observar.

A mulher macho, inda mais que o maricas, causa repulsa e curiosidade, como si tivesse culpa de sua imensa desgraça.

Talvês sintam, si um exibicionismo não lhe vem embotar a revolta de sua mediocridade, pênna que as draconianas leis espartanas não persistam e os tenham aniquilado inconcientes.

Os Athenienses e os Romanos atiravam-nos ao mar ao nascer. Ainda em plena Idade Média eram vistos como filhos da ira dos céus. RIO-LAN achava que se os deviam matar porque injuriavam a naturêza.

Hoje, a uns, a ciencia arrancou a essa repulsa infinita e tornou homens capazes de ser uteis aos outros e a si mesmos. A outros, pelos preceitos rigidos da lei, evita o vexame do desamparo dentro da sociedade e da exploração comercial da desgraça.

Hermafroditismo, ou talvês melhor, hermafrodisimo, é a persistencia dos dois sexos em um mesmo sêr. Chama-se hermafrodita por uma extensão do vocábulo, aquele que apresenta êsses caracteres sexuais, primários ou secundários, em si.

*

* * *

Conta assim a magnífica e simbólica mitologia grega:

Quando o filho de Hermes e Aphrodite, maravilhosamente belo, masculino e joven, deixou o monte Ida, dirigiu-se a Caria.

Tinha sido educado pelas Naiades e, aos seus dotes de beleza fisica, unia a delicadeza e meiguice de uma intelligência pura.

Tinha 15 anos e era pujante de mocidade.

Perto de Halicarnasso foi banhar-se em uma fonte cristalina.

Salmacis, a ninfa protetora da fonte, viu-o e apaixonou-se.

Enamorou-se tanto e tanto se quiz integrar no seu amor, que rogou aos deuses que os unissem em um só corpo.

Desse amor morbido nasceu Hermaphrodite, fórmula ambicionada pela suprema paixão.

Parece que foi Polycles de Atenas, quem gravou no marmore as fórmulas magnificamente excênticas dessa deusa.

*

* * *

Fig. 1 — Nossa observação. Repare-se a pilosidade da face, os numerosos nevos pilosos e a relativa pequenez dos seios.

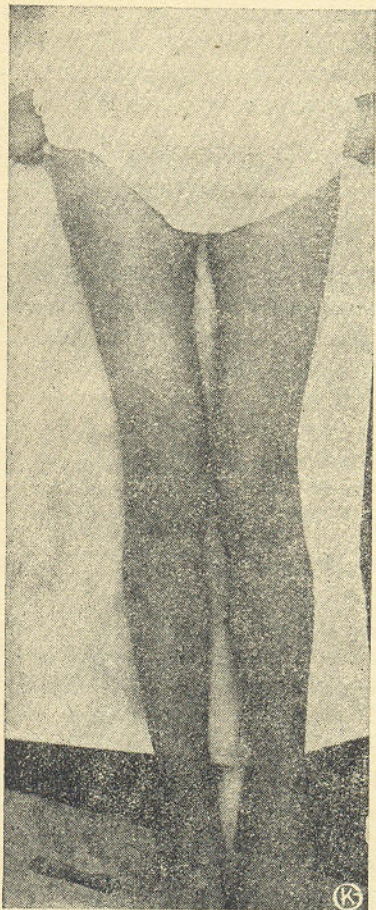
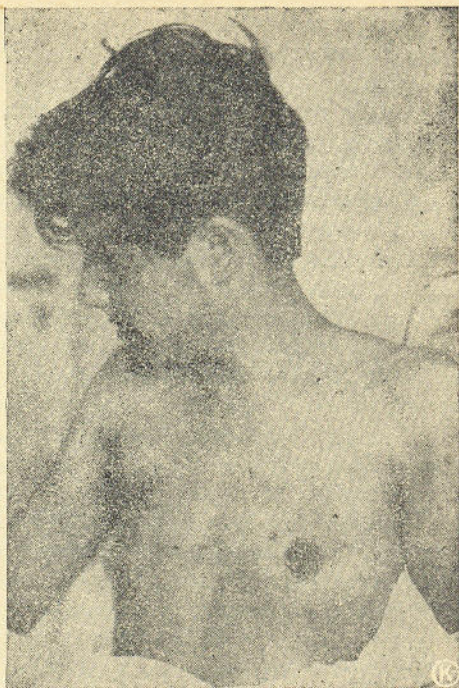


Fig. 2 — Nossa observação. Observe-se o desenvolvimento dos pêlos das pernas.

Para bem compreender o hermiproditismo em qualquer de suas formas, é necessario que se tenha uma noção exata do desenvolvimento embriologico do aparelho uro-genital.

A mór parte das anomalias morfológicas encontradas nesse terreno, são simples paradas de evolução, muitas vezes encontradas nessas formas, normalmente, em especies inferiores.

E' assim que a hipospadia feminina é a forma habitual de terminação intra-vaginal da uretra na hiena malhada.

A divisão ou duplicidade uterinas é uma forma normal nos marsupiais. (Uteros didelfos do cangurú e gambá). A explicação é dada pelo diferente desenvolvimento embriologico dos ureteres, que crescem, neste caso, para dentro dos condutos de Müller. Nascem os ureteres do canal de Wolff pouco acima de sua terminação na cloaca e logo após dele se separam.

A causa dessas paradas, quando encontradas anormalmente nos mamíferos superiores, é difficil de determinar. Talvez uma regressão atavica. Uma hiponutrição esquemica por compressão de hidramnius sifilitico, num determinado sector do aparelho uro-genital.

Tres são as origens da circulação arterial dos órgãos genitais. FARABEUF exgotou o assunto em seu livro sobre a vascularisação dos órgãos pelvicos no homem e na mulher: "Le vaisseaux sanguins des organes genito-urinaires du périnée et du pelvis."

Ovarios e testiculos são nutridos desde o estado embrionario pelos vasos espermaticos; utero e vesículas seminais pelos ramos da hipogastrica; vulva, vagina, penis e bolsas escrotais pelos ramos pudendos das iliacas externas.

Uma determinada zona, portanto, póde ser destruida, atrofiada ou, ainda, sustado o seu desenvolvimento, sem comprometimento das outras porções. E este fáto se poderá observar simetricamente ou unilateral.

Antes, no entanto, de entrarmos em maiores considerações sobre o assunto, vejamos a nossa observação:

Maria de tal, branca, brasileira, solteira, 22 anos, residente em Santa Maria, no Estado do Rio Grande do Sul. Achava-se recolhida ao Hospital Espirita, onde a fomos encontrar.

Notava-se á primeira vista ser uma infantil. Timorata, ocultando o rosto, desde logo demonstrou sua pusilanimidade ao exame clinico ginecologico.

Despida, verificamos possuir um sistema piloso exageradamente desenvolvido, como se póde observar nas fotografias anexas. Era um verdadeiro estado de hirsutismo feminino, pois em tudo se assemelhava ao de um homem de sua idade. Na face, uma penugem abundante, negra, descia-lhe até os maxilares inferiores. Um buço bem desenvolvido.

A pilosidade do monte de Venus, terminando-se ao nivel da cicatriz umbelical, nenhuma característica possuía de femilidade. Grande numero de naevus pilosos.

Era um tipo magro, anguloso, completamente desprovido do panículo estetico adiposo do sexo feminino. Seu peso era de 48 quilos. Sua altura 1m 54.

Os ombros eram mais largos proporcionalmente que a bacia, menor que o normal das mulheres magras.

Os seios atrofiados eram quasi que exclusivamente representados pelos mamilos, pouco desenvolvidos.

O exame ginecologico mostrou logo, á primeira vista, um caso interessante de hermafroditismo.

O clitoris grosso, de 8 cts. de comprimento, em estado flacido, tinha sua glande completamente descoberta.

Dava a impressão de uma glande masculina de pequenas dimensões.

O prepucio clitoridiano exageradamente volumoso, estava completamente recalcado para a raiz do órgão.

De um lado e doutro do sulco balano-prepucial clitoridiano, pequenas ulcerações não supuradas. Na face inferior do clitoris um sulco pouco profundo partido da sua extremidade, perdia-se proximo ao meato uretral, onde havia outra ulceração da mucosa.

O cateterismo da bexiga deu urina clara, cujo exame laboratorial nada revelou.

Os grandes labios, grossos e um pouco edemaciados, davam a impressão nitida de dois grandes tumores assemelhando-se a bolsas escrotais. Pela palpação, no entanto, estavam vasios.

O orificio do canal inguinal externo era pequenissimo e quasi impalpavel.

As ninfas eram normais.

A* entrada da vagina observava-se um himen roto para baixo e para a esquerda. A vagina era delgada, pouco mais permeavel que a um lapis, apresentando uma mucosa normal. Seu comprimento não ultrapassava 6 cts. de profundidade.

Pelo toque vaginal, aliás muito difficil e doloroso, encontramos um tumor pequeno, impalpavel pelo abdomen. Pelo toque rectal o mesmo tumor era percebido, não se conseguindo, entanto, nem por via vaginal nem rectal, algo que nos pudesse orientar para afirmar a existencia ou não de ovarios.

Com um speculo pequeno conseguimos inspecionar a vagina, que apresentava uma mucosa de coloração normal. Ao fundo, um focinho de tenca muito pequeno, com estreitissimo ostio era recoberto por uma rolha mucosa de Krishaber que, examinado, mostrou os elementos celulares normais, utero-vaginais.

Durante o exame tivemos ocasião de observar uma ereção do clitoris que pouco aumentava de volume.

Infelizmente não nos foi possivel fotografar a doente antes da operação, pois não se conseguiu que ficasse quieta o tempo necessario. Apresentamos apenas as fotografias post-operatorias, então já consentidas pela paciente e a do órgão extirpado e dissecado e pela qual se poderá vêr seu enorme desenvolvimento. O aspéto apresentado antes da operação era muito parecido com a do cliché da paciente de Beclard e Horteloup, que junto publicamos.

O aparelho respiratorio era normal.

O circulatorio apresentava para o lado do coração uma lesão, aliás já constatada pelos seus medicos assistentes, Drs. Rhodes e Portella Fa-



Fig. 3 — A glande do clitoris de
nossa doente aumentado ($\frac{1}{3}$).

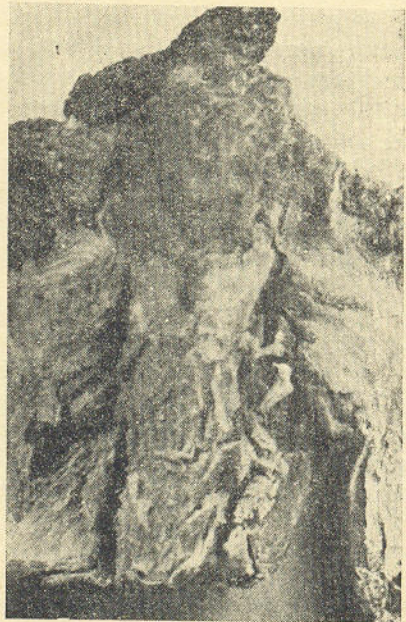


Fig. 4 — Corpo do clitoris de nos-
sa doente.

gundes. Era uma insuficiência mitral, com forte sopro. A pressão arterial estava normal e a lesão relativamente bem compensada.

O psiquismo era infantil. Tendências femininas para as suas poucas distrações. Falava pouco e era de uma irritabilidade extrema. Órgãos dos sentidos normais.

Aparelho digestivo perfeito. Wassermann, sem reativação, negativo.

Por terceiros conseguimos alguns dados anamnesticos, dignos de fé.

Era filha de uma prostituta e de um alcoolatra, sífilíticos, ambos vivos. Nunca teve irmãos. Nada sabiam dizer de seus outros parentes. Desde pequena foi muito fraca. Era uma menina doentinha (sic). Bom genio mas sempre recatada nos seus brincouros com as companheiras. Nunca conseguiu aprender a ler. Demonstrou sempre pouca aptidão para o trabalho. Sempre, até moça, foi infantil no seu modo de pensar. Jamais foi menstruada. Teve varios namoricos, sendo deflorada ha um ano, o que lhe produziu violentissimas dôres e grande hemorragia. Dessa época para cá começou a se masturbar imenso na região clitoridiana e anal. Após o tratamento de uma verminose, abandonára a masturbação anal, dando-se unicamente ao onanismo clitoridiano. Aliás tão exageradamente e sem pudor que não respeitava a presença de ninguém, chegando a desfalecer tal o numero de orgasmos que tinha e que não eram acompanhados da emissão de nenhuma secreção. Ultimamente a tinham já duas vezes apanhado em franco áto de ninfomania com outras mulheres.

Salientemos que existem algumas contradições entre o que observamos e as informações que nos foram dadas.

Tratava-se, pois, de um caso bem interessante de hermafroditismo dentro de uma hipofunção ovariana.

Mas, seria de fáto uma mulher? Ocorreu-nos a idéia da hipospadia extrema em que os caracteres sexuais secundarios lhe são semelhantes. Esse hirsutismo, essa tendencia homo-sexual contada por terceiros, esse onanismo, não seriam a demonstração tacita de uma inversão de sexo, que fazia lembrar as tendencias masculinas?

Cremos, entretanto — e nisso temos certeza de encontrar grande numero de contraditores — que deante de um caso dessa natureza deve ser respeitado o sexo aparente apresentado pelo individuo. Nunea ou sómente em rarissimas exceções, se poderá dar a um hipospada, que foi educado como femea, as qualidades de macho.

Por melhor operado que seja, jamais passará de um infeliz impotente, talvez mais desgraçado que na sua qualidade de mulher. Comquanto o seu sexo seja masculino; comquanto seus testiculos ectopieos sejam atributos de sua personalidade, seu psiquismo forjado desde a infancia como o de uma mulher jamais mudará. E será uma violencia dar a uma alma de mulher um corpo de homem, ou vice-versa.

O traumatismo moral será certamente de tal ordem, que só irá encontrar satisfação na depravação e no deboche.

“Élevés dès l’origine, vêtus, placés, parfois même mariés comme des femmes et ce n’est ni sans difficultés, ni sans trouble, ni sans péril, qu’ils rentrent dans leur sexe véritable, quand leur état civil vient à être rectifié”, diz TARDIEU.

Foi, levado por essas considerações e mais, pela quasi certeza do sexo feminino, que lhe resolvemos amputar o clitoris e si tivéssemos tido ocasião de lhe encontrar testiculos e nos ser possível enxertar ovarios, cremos, não vacilaríamos: castraríamos o macho e enxertariamos a femea.

A clitoridectomia livrala-ia desse apendice incômodo para o seu sexo e certamente não a privaria dos deleites sexuais. Haja vista a abalisada opinião de sexologos, como MARY STOKES e VAN DE VELD, que dizem, na mulher haver uma sensibilidade sensual especial em cada órgão.

Sabemos perfeitamente que o orgasmo completo só o conseguem pela excitação concomitante de todos esses órgãos. Mas a falta de um não inibe, em absoluto, essa satisfação, apenas diminue.

Não será uma caridade, num caso como o nosso, minorar o imenso martirio de um prazer constante, sempre repetido, numa intensidade levada á loucura? O exgotamento psiquico provocado por esse "ataque epiletico fisiologico" com sua repercussão somatica, não será suficiente para autorizar uma amputação?

A clitoridectomia é uma operação relativamente benigna. E' indicada de uma maneira absoluta nos canceres, tuberculose, quistos, angiomas, etc. que ponham em perigo a vida do paciente ou perturbem direta ou indiretamente uma copula perfeita. WARBASSE, KEEN e muitos outros cirurgiões são dessa opinião.

E na masturbação exagerada como no caso que nós apresentamos? Os autores de sexologia pouco dizem a respeito. PAULO MANTEGAZZA, VAN DE VELD, KEEN, GROSSEN, FOREL, ELLIS e muitos outros aconselham o tratamento sangrento, fazendo ressaltar que, si em algumas doentes o resultado é ótimo, noutras é nulo.

Os corpusculos da voluptuosidade, os tacteis de Paccini e Koeliker, não deixam de existir espalhados por todas as superficies cutaneas e mucosas.

A localização do complexo erotico feminino é indiscutivelmente muito menor nesse órgão que no homem no seu órgão correspondente, o penis.

De fato, os seios, as ninfas, a sensibilidade especial da face interna das coxas, as paredes vaginais e quiçá, o proprio colo uterino, são fontes de prazer. Essa é a razão de se poderem masturbar nos seios ou em qualquer dessas partes com relativa satisfação.

Foi levado por todas essas considerações que não vacilamos em operar nossa doente, crentes de que lhe fazíamos um bem.

Nestes casos é sempre necessario estar-se bem seguro dentro da lei. De acôrdo com as investigações realizadas por meu amigo bacharelando Mario Antunes da Cunha, no Brasil o médico está muito mais seguro que em outra qualquer parte do mundo deante de um caso dessa natureza.

Segundo OMBREDANNE, na França todo o cirurgião que inverte o sexo de um individuo contra a sua vontade, poderá ser punido com 12 anos de cadeia com trabalhos forçados e, si o paciente, dentro dos 40 dias que seguem a operação vier a falecer em consequencia da mesma,

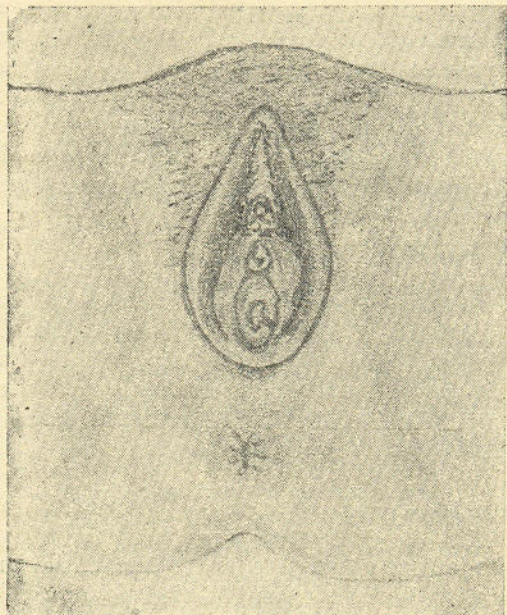
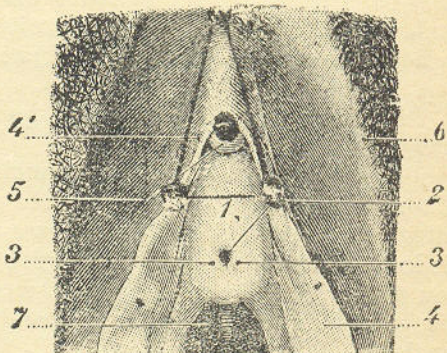


Fig. 5 — Órgãos genitais externos de uma mulher normal. O pontilhado indica o traço de incisão para praticarmos a clitoridectomia.

Fig. 6 — O vestibulo e o meato urinario feminino (segundo Testut e Jacob).

1, vestibulo — 2, meato — 3 e 3', orificios das duas glandulas de Skene — 4, pequenos labios com 4' o prepucio que eles formam ao clitoris — 5, clitoris — 6, grandes labios — 7, vagina.

O pontilhado mostra o traçado da incisão feita por nós na clitoridectomia.



a pena será a capital. Entre nós, ás perguntas formuladas, eis as respostas dadas por Mario Antunes da Cunha: Qual a situação civil do hermafrodita no Brasil? "A situação civil do hermafrodita é a mesma de todos os individuos. O hermafrodita é considerado do sexo masculino si nele aparecem mais desenvolvidos os órgãos masculinos e é considerado do sexo feminino no caso contrario. Porém, no caso de casamento, o hermafroditismo de um dos conjuges pôde tornar aquêl nulo, conforme o Art. 1393 do Codigo Civil, que estabelece: "Sendo a diferença de sexo condição essencial á existência do casamento, a falta de sexo ou a simultaneidade de ambos constitue defeito fisico que torna juridicamente impossivel o casamento."

"Afóra isto, o hermafrodita goza das prerrogativas civis comuns a todas as pessoas".

O hermafrodita é considerado masculino ou feminino de acôrdo com o registo civil ou com o sexo que de fâto apresenta? "O hermafrodita é considerado feminino ou masculino de acôrdo com o registo civil pois nêl se especifica o sexo da pessoa. No entanto, sã, em uma certa idade esta pessoa muda de sexo, pela predominancia de um órgão sobre o outro, o registo terá de ser reformado de acôrdo com o sexo que o individuo apresentar".

— Penalidades e direitos médicos na cirurgia do hermafrodita? "Os direitos medicos nesta cirurgia são os mesmos que em outras quaisquer pois este caso não é previsto separadamente no codigo e sim em comum com todos os outros casos de direito e penalidades no exercicio da cirurgia. As penalidades são tambem as comuns, isto é, o medico só é passivel de penalidade no caso em que, sobrevindo a morte do paciente fôr constatada a impericia ou que tenha o medico agido precipitadamente. Como se vê, não está este caso previsto na legislação civil brasileira, a não ser no artigo que se refere á impossibilidade do casamento por defeito fisico".

— Mesmo assim, na época em que realizamos a intervenção, exigimos da progenitora da paciente um atestado por escrito, reconhecido em cartorio, de autorização, permitindo-nos realizar dita intervenção, como se poderá comprovar do cliché anexo:

Poucas tecnicas eu consegui descobrir para a realização da clitoridectomia.

KEEN manda incisar o prepucio de um lado e doutro, descolar o clitoris até suas raizes e amputá-lo no ponto em que se achar conveniente. Pareceu-nos incompleta essa fórmula de agir para a nossa doente, dado o tamanho relativamente grande do clitoris e, especialmente, de seu prepucio. Demais, acreditavamos que só uma amputação total daria os resultados desejados excisando, juntamente, toda a tunica prepucial.

Dadas as condições da doente foi feita a anestesia geral pelo eter, que esteve a cargo do Dr. RHODES.

Correu muito bem.

Feita a antisepsia do campo operatorio, com uma solução de mercurio-cromo a 3 % e alcool iodado, iniciamos a intervenção.

Começamos por fixar tres pontos de reparo com pinças de Péan: um na parte mais alta do prepucio, na base do clitoris, outro na parte mediana das ninfas.

Uma incisão partida da base do prepucio até ás segundas pinças, passando após por baixo do clitoris, formava no conjunto um triangulo como representamos no cliché anexo.

Procuramos, então, cuidadosamente, as extremidades proximais dos dois corpos cavernosos que foram isolados e postos a descoberto. Entre duas pinças foram seccionados dissecando-se o resto do clitoris até ao pubis, tendo se ligado a arteria clitoridiana dorsal, que era muito desenvolvida.

Retirada a peça e feitas as ligaduras necessarias para uma perfeita hemostasia, passamos alguns fios de aproximação a catgut n.º 1 e fechamos a ferida a sêda e agrafes de Michel.

A intervenção foi realisada no Hospital Alemão, sendo o autor do presente artigo auxiliado pelo Dr. ODDONE MARSIAJ.

As sequencias operatorias foram boas e após 9 dias retirados os pontos.

As fotografias anexas ilustram a respeito.

As sequencias tardias foram más. A doente, passados dois menses, durante os quais engordou consideravelmente, voltou a masturbar-se com a intensidade anterior na região anal e vaginal.

Nem calmantes do sistema nervoso, nem psicoterapia, emfim, nada conseguui demovê-la de seu vicio. Vimo-la ainda por espaço de um ano. Soubemos que esteve depois no Hospital São Pedro durante algum tempo e, por fim, perdemo-la de vista. Ha poucos dias disseram-nos que tinha falecido. Foi-nos impossivel indagar a veracidade da informação. Gostaríamos bastante de autopsia-la para examinarmos minuciosamente o aparelho genital interno, o que nos daria a certeza absoluta do diagnostico. Infelizmente não nos foi possivel.

*

* *

Antes de traçarmos algumas considerações sobre o hermafrodisimo humano e na intenção de bem compreender o problema clinico-biologico a varias incognitas, que representa, diremos alguma cousa sobre a evolução embriologica do aparelho uro-genital e sua embriogenia.

CARLOS LAGOS GARCIA diz, em sua genial obra: "Las deformidades de la sexualidad humana" — El embrión — tratándose de deformidades congénitas — nos resulta en muchos casos, un verdadero oráculo, al cual debemos recurrir para que nos muestre si no el porque, por lo menos el como de un gran número de anormalidades sexuales."

De fâto, assim deve ser considerado, lembrando-nos que o desenvolvimento ontogenico representa apenas, na concepção de Darwin, e principalmente de Şaeckel, de uma maneira encurtada, a evolução filogenetica através a escala zoologica.

Como já tivemos ocasião de afirmar, a mór parte das anomalias sexuais, que culminam no hermafrodisimo, são simples paradas de evolução, muitas vezes encontradas como fórmula habitual em animais inferiores.

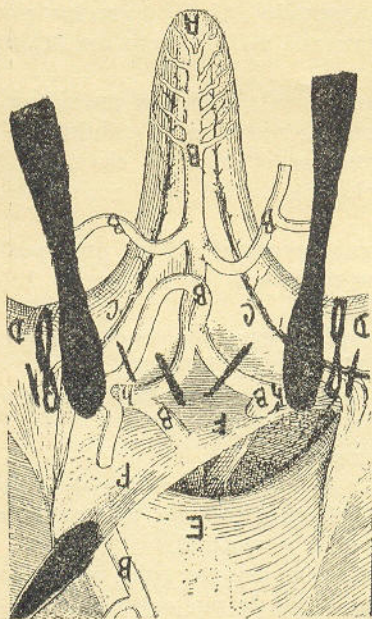
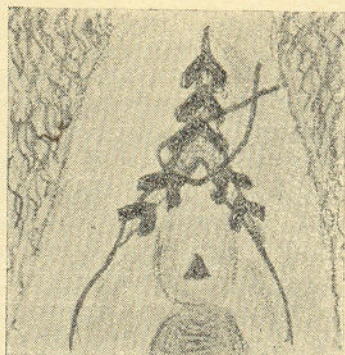


Fig. 7 — Como foram colocadas as pinças para esmagarmos os corpos cavernosos.

Fig. 8 — Como fechamos a pontos de seda e agrafes de Michel a ferida operatoria.



Republica dos Estados Unidos do Brasil

Em presença das testemunhas abaixo, eu, Liduina Pinheiro Fernandes, progenitora da senhorita Maria José Pinheiro, mais conhecida pelo apelido de Marinha, a qual se acha traçada e com internada no Hospital Espirita em Porto Alegre, declaro que Autorizo as mãos presidente do referido Hospital, a mandar proceder a uma operação cirurgica no corpo de minha filha Maria José Pinheiro. Em San ta Maria da Boca do Monte, aos 23 de Setembro de 1933.

A rogo de Liduina Pinheiro Fernandes, por não saber assinar:

[Handwritten signature]
 Liduina Pinheiro Fernandes
 Progenitora

Testemunhas:

- [Handwritten signature]*
- [Handwritten signature]*
- [Handwritten signature]*
- [Handwritten signature]*

Reconheço verdadeira a _____ firma _____
 _____ do Senhor Daniel Cristiano

JOSUE RCHTOL
 2º NOTARIO
 Santa Maria

Em presença de _____ ff da Verdade

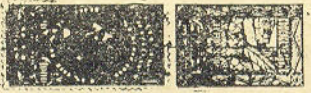


Fig. 9 — Fac-simile da licença da progenitora de nossa doente.

Os órgãos urinarios e genitais estão de tal maneira embricados nas primeiras fases da vida que todos os estudiosos do assunto os analisam em um unico capitulo. São derivados mesodermicos.

Sabido é, salientemos, que as celulas germinativas propriamente ditas preexistem á formação glandular. São derivados, por segmentação mitotica das celulas germinativas mães.

E' a celebre questão da immortalidade cariocinetica da celula da reprodução, identica á immortalidade dos protozoarios primitivos. E' esse fenômeno que tão bem explica a hereditariedade.

Os gametos, antes esparsos, nada mais fazem que reunir-se numa eminencia primitiva que proemina do celoma. E' a eminencia genital, não hermafrodita porque não possui a totalidade dos attributos dos dois sexos mas donde vão derivar os órgãos que os vão especificar.

E' penetrada pelos canaliculos do corpo de Wolf no seu pediculo cefalico si se tornar um mesovario; si tender para um testiculo esses canaliculos formarão um revestimento epitelial que dará origem á albuginea. E' esse o modo de pensar de grande numero de embriologistas.

O determinismo do sexo, dessa tendencia masculina ou feminina da eminencia genital, inda hoje é um problema sem solução. Mais de quinhentas teorias o têm procurado explicar sem que se tenha chegado a um resultado satisfatório. Apenas entrevemos a resolução do problema.

Para nós, dependerá do endocrinismo materno como procuraremos demonstrar noutra oportunidade. Deixando de lado as hipoteses progamicas e singamicas do determinismo sexual emitiremos uma epigamica muito parecida com aquela de SCHENCK e ROBINSON.

Os fenomenos acima descritos se processam entre o 20.º e o 30.º dia da gestação.

Diante do corpo de WOLFF e eminencia genital aparece um canal, o conduto escretor do corpo de Wolff, marginado por um segundo, que só tardiamente se canaliza, o conduto de MÜLLER. Eles irão formar — são o esboço — os canais espermaticos e os oviductos.

Ha um momento, na época da vida do embrião, em que, segundo KÖBELT, os sexos são indiferençaveis, coexistem todos os elementos primitivos dos órgãos reprodutores. E' pela atrofia de uns e desenvolvimento de outros que se vão determinar os sexos.

Como veremos daqui ha pouco, segundo DUTROCHET, nesses embriões o aspeto genital externo é o mesmo, num e noutro sexo, assemelhando-se ambos a uma vulva.

Repetiremos aqui o que dizia MAURICE LAUGUIER: "Em resumo o órgão principal, a glandula da reprodução pôde se converter em testiculo ou em ovario mas o canal de Müller e o conduto excretor do corpo de Wolff se desenvolverão ou se atrofiarão conforme o feto deva tomar as características do sexo masculino ou pertencer ao sexo feminino".

O rim primitivo, pro-nephros, rim cervical, cefalico ou simplesmente corpo de Müller, que o descobriu, já se inicia desembocando seus pequenos canaliculos no conduto de Wolff. Este aumenta pouco a pouco em sentido descendente, até atingir a cloaca, onde se abre. A esta

formação primitiva segue-se uma outra, já mais evoluida, o mesonephros, rim primordial, corpo de Wolff, glandula pectiniforme.

Este órgão primitivo vai ser conservado definitivamente como órgão urinario nos anfíbios e nos peixes.

E' do segmento médio desse corpo que se vai formar o rim definitivo ou metanephros.

Na parte superior interna do corpo de Wolf forma-se uma pequena depressão no centro da qual ressalta o primeiro vestigio da glandula genital que proemina pouco a pouco para dentro da cavidade peritonial. Ela se separa do mesonephros ao qual sempre, no entanto, ficará ligada por um pequeno meso, meso-testis ou mesovario, conforme o sexo.

Acompanhando lateralmente o cordão de Wolff, os canais de Müller abertos superiormente na cavidade peritoneal se juntam na porção inferior formando o cordão genital de Thiersch. Este segundo canal, ou se forma, como querem alguns autores, á custa da proliferação de alguns elementos proprios ou deriva do cordão de Wolff, segundo outros.

O canal de Müller termina-se ao nível do seio uro-genital. E' ele que vai formar as trompas, o utero, a vagina enquanto, atrofiando-se no sexo masculino, dará origem ao utriculo prostatico, á hidatide do epididimo ou hidatide não-pediculada.

A' custa do epitelio germinativo que fórma a primitiva glandula genital, se vão desenvolver os ovulos e os espermatozitos partidos ambos de elementos esfericos e volumosos, completamente indifferentes sob o ponto de vista sexual.

Dispõem-se em cordões, que formarão ovisacos ou canaliculos seminiferos e que terão como elementos esqueleticos cordões partidos do corpo de Wolff. E' neste estado que a glandula genital se diz em estado indifferente. E' essa fórma, um pouco mais evoluida nos dois sentidos, que traz o hermafroditismo persistente em algumas especies (ovotestis). E' o que explica a existencia do ovotestis nos mamiferos mais evoluidos e mesmo no homem, isto é, a persistencia dos dois elementos fundamentais numa mesma glandula. Do estado indifferente de que partem, seja o testiculo, seja o ovario, nos mamiferos superiores, vamos encontrar ou celulas que irão formar os espermatozoides ou os ovulos rodeados desde o inicio pelos primeiros foliculos de Graaf, cheios de liquido folicular e cuja rutura formará os primeiros corpos amarelos.

O canal de Wolff vai formar no homem o canal do epididimo, o canal deferente, as vesiculas seminaes e o canal ejaculador. São igualmente restos do canal de Wolff no adulto a hidatide pediculada, o órgão de Giralde's e os vasos ditos aberrantes de Haller e Roth. O órgão de Giralde's ou paradidimo de Waldeyer têm seu homologo no sexo feminino no chamado paraofo de Waldeyer. Na mulher o canaliculo e canal de Wolff vão dar origem ao órgão de Rosenmüller ou epoforo de Waldeyer.

O canal de Gärtner encontrado paralelamente á vagina na vaca, nada mais é que a porção terminal do canal de Wolff que não se reabsorveu neste animal.

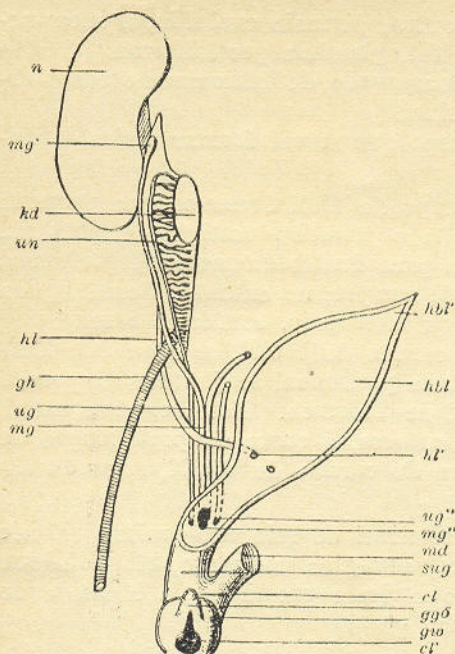


Fig. 10 — Estado indiferente do sistema genital de um mamifero.

n — rim; kd — glandula sexual; un — rim primitivo (corpo de Wolff); ug — conduto de Wolff; mg — conduto de Müller; mg' — extremidade anterior do mesmo; gh — gubernaculum de Hunter; hl — ureter; hl — esboço do ureter na bexiga; ug'' e mg'' — esboço dos condutos de Wolff e de Müller no seio uro-genital sug; md — intestino reto; cl — cloaca; ggo' — tuberculo sexual; cl' — esboço da cloaca; hbl — bexiga; hbl' — prolongamento da bexiga (mais tarde ligamento vesico-umbelical medio). (Segundo Hertwig in Embriologia).

Fig. 11 — Esquema do desenvolvimento dos órgãos sexuaes masculinos do mamifero.

As partes que não desaparecem até ao estado adulto estão desenhadas em negro; as partes que se transformam estão representadas em pontilhado. As partes que acompanham o testiculo na sua descida para as bolsas estão tambem em pontilhado. — n — rim; h — testiculo; nh — epididimo; pa — paradidimo; hy — hidatide do epididimo; sl — canal deferente; mg — conduto de Müller atrofiado; um — utriculo prostatico (uterus masculinus, residuo do conduto de Müller); gh — gubernaculum Hunteri; hl — ureter; sbl — vesicula seminal; hbl — bexiga; hbl' — extremidade superior da bexiga que termina no ligamento vesico umbelical medio (uraco); hr — uretra; pr — prostata; dej — esboço do canal ejaculador. As letras nh', h', sl' designam a posição dos mesmos órgãos depois da descida. (Segundo Hertwig in Embriologia).

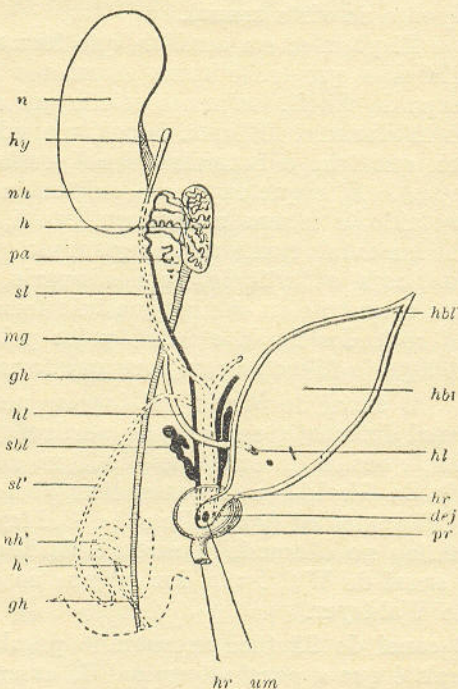


Fig. 12 — Esquema do desenvolvimento dos órgãos genitais femininos no mamífero.

As partes que persistem até ao estado adulto estão desenhadas em preto; as partes que se transformam estão representadas em pontilhado. A posição definitiva que tomam os órgãos genitais femininos depois da descida estão assinalados em pontilhado. — n — rim; ei — ovario; ep — epoofofo; pa — paraofofo; hy — hidatide; t — trompa; ng — conduto de Wolff; ut — utero; sch — vagina; hl — ureter; hbl — bexiga; hbl' — extremidade superior da bexiga que termina no ligamento vesico-umbelical medio; hr — uretra; vv — vestibulo da vagina; rm — ligamento redondo; lo' — ligamento do ovario. As letras t', ep', ei', la' designam a posição dos órgãos depois que se efetuou a descida.

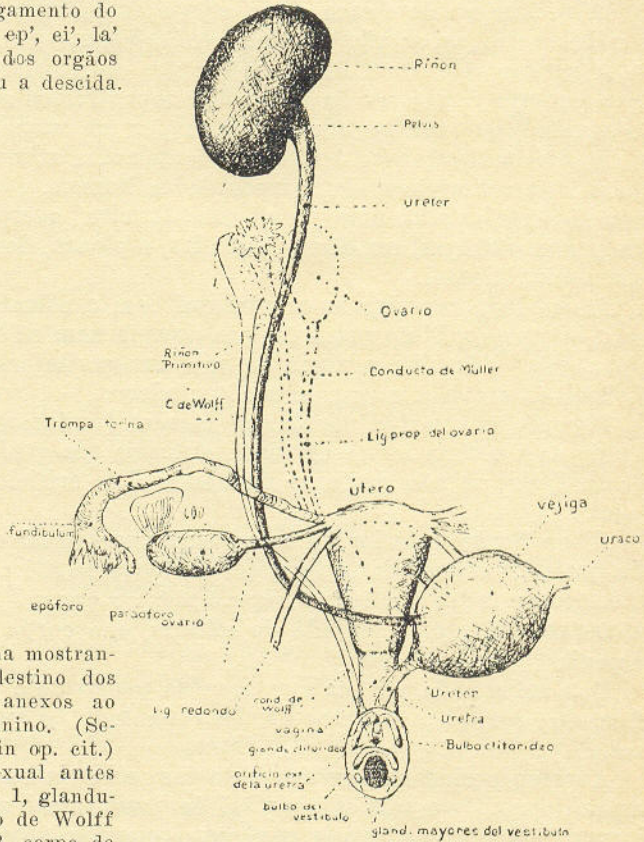
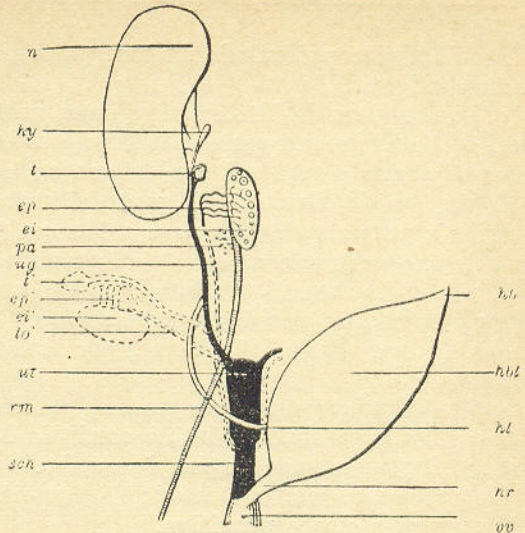


Fig. 13 — Esquema mostrando a situação e o destino dos restos embrionarios anexos ao aparelho sexual feminino. (Segundo Lagos Garcia in op. cit.)

A — Aparelho sexual antes da descida do ovario: 1, glandula genital — 2, corpo de Wolff porção superior) — 3, corpo de Wolff (porção inferior) — 4, conduto de Wolff — 5, conduto de Müller — 6, utero — 7, vagina.

B — O mesmo depois da descida do ovario: 1, ovario — 2, órgão de Rosenmüller ou epoofofo, com 2', hidatide pediculada de Morgagni — 3, paraofofo — 4, conduto de Gärtner — 5, trompa de Fallope, com 5', seu pavilhão — 6, utero — 7, vagina.

A hidatide pediculada da trompa, o paraoforo de Waldeyer tem a mesma origem.

Os condutos de Müller, repetimos, acham-se divididos na parte superior e fundidos na parte inferior no canal genital. Aí existe um pequeno ligamento que vai dar origem ao ligamento redondo do adulto, o ligamento de Hunter. A parte situada acima desse ligamento vai formar o pavilhão da trompa e a trompa propriamente dita.

A parte situada abaixo do ligamento de Hunter ao final do 3.º mês se funde num só conduto, que vai constituir o utero e a vagina, utero que nessa época é sempre bicorneo. São elementos da porção terminal dos canais de Müller que, por fusão, vão dar nascimento ao hímen.

No aparelho genital masculino, vai formar o canal de Müller, na parte toda superior, a hidatide cecil de Morgagni, utriculo prostático, por analogia chamado vagina do macho.

Teremos de iniciar o estudo do desenvolvimento dos órgãos genitais externos pela cloaca primitiva.

Dá-se o nome de cloaca a um espaço encontrado na porção ventral do embrião na qual se vão terminar os órgãos uro-genitais e o intestino.

A persistencia dessa forma se faz nos anfíbios, reptís e passaros e nos mamíferos inferiores da classe dos monotremos como o ornitorinco e o equidné, que emitem suas dejeções por um mesmo e unico orificio.

Na cloaca desemboca o intestino terminal, a atlantoide e o intestino caudal, este ultimo logo desaparecendo no homem.

Após este estado, uma prega mesodermica, o esporão perineal, divide por um tabique, em duas cavidades, a cloaca, descendo em direção á membrana cloacal.

A cavidade superior se comunicará com o atlantoide e a posterior com o intestino. E' na primeira que desembocam os condutos de Wolff e, por isso, dá-se-lhe o nome de seio uro-genital e que, mais tarde, receberá os ureteres e os canais ejaculadores.

Esporão perineal e membrana cloacal fundem-se intimamente dividindo esta ultima numa cavidade anterior uro-genital e outra posterior anal, que se vão perfurar formando dois orificios, o uro-genital e o anal.

E' no bordo anterior da membrana uro-genital que nasce o tuberculo genital. O orificio uro-genital prolonga-se até o tuberculo citado, formando um sulco que leva o mesmo nome e que vai formar o vestibulo pre-uretral até a extremidade do elitoris, e o corpo esponjoso uretral no penis.

Este sulco cada vez mais se acentua penetrando profundamente no tuberculo; começa a apresentar, de cada lado, pequenas pregas cutaneas.

A prega perineal nesse momento faz saliencia para o exterior e separa nitidamente o seio uro-genital da região anal que se encurva em V, repuxada pela eminencia coxigeana que faz saliencia para trás.

A extremidade anterior da eminencia genital se entumescce e se separa do resto do órgão, por um sulco que vai corresponder ao sulco balanico do adulto.

As pregas cutaneas se desenvolvem formando uma pequena cripta longitudinal, a que chamam o muro epitelial da glande.

Só no 4.º mês vamos poder diferenciar os órgãos genitais externos a olho nú.

As pregas laterais vão formar as bolsas escrotaes ou os grandes labios.

A goteira uro-genital acaba por fechar-se totalmente, formando um canal no sexo masculino: é a uretra esponjosa peniana.

Só ao 3.º mês se fórma o prepucio. Os bordos da goteira uro-genital vão formar os pequenos labios. Jamais se fecham num canal uretral. O prepucio fica aqui aberto sem se tocar na sua extremidade inferior. E' destruindo, por absorção, os tecidos intermediarios aos fundos de sacco retal, vaginal e vesical de um lado, e, o tegumento externo doutro, que as cavidades intestinal, genital e urinaria se abrem para o exterior, segundo COSTE.

O testiculo primitivo sofre uma tração exercida pelo gubernaculum de Hunter ou ligamento inguinal, em direção ao canal peritoneo-vaginal. Este, partido do peritoneo, perfura o grande obliquo em direção ás bolsas escrotaes ou aos grandes labios.

E' a grande retração deste gubernaculum, que vai constituir parte do cremaster no adulto, que obriga o testiculo a descer ás bolsas.

Os ovarios, são afastados pelos ligamentos largos e o utero do orificio inguinal. O canal peritoneo-vaginal é algumas vezes representado no adulto por quistos do diverticulo de Nüek, situados sobre os grandes labios.

E assim, ao terminar o 9.º mês, após septação do canal peritoneo-vaginal, dentro do 1.º mês de vida extra-uterina os órgãos genitais do homem se encontram na sua posição definitiva.

Estudados em rapidas linhas os caracteres embriologicos dos órgãos uro-genitais, poderemos de uma maneira mais completa entrar no estudo do hermafrodisimo que constitue, propriamente, o assunto de nosso trabalho.

Não faremos aqui citação de observações sobre observações, de um grande numero de autores. Procuraremos apenas interpretá-las á lús dos conhecimentos embriologicos que acabamos de expôr.

Parece ter sido AMBROISE PARÉ quem primeiro estudou cientificamente um caso de pseudo-hermafrodisimo, bem que já se encontrem citados em Hypocrates e Aristoteles.

A HALLER, RUYCÖ, MORAND, SERRES, BOUILLAÜD, FERRAIN, HUNTER, MECKEL e, sobretudo, aos irmãos GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, devemos a resolução desse intrincado problema.

Sob o ponto de vista teratologico definiremos o hermafrodisimo "as anomalias caracterizadas pela presença simultanea em um individuo, de dois sexos ou de alguns de seus caracteres" (LAGOS GARCIA).

Esta anomalia é uma monstruosidade nos animais superiores e no homem. E' ainda LAGOS GARCIA que nos dá a seguinte classificação:

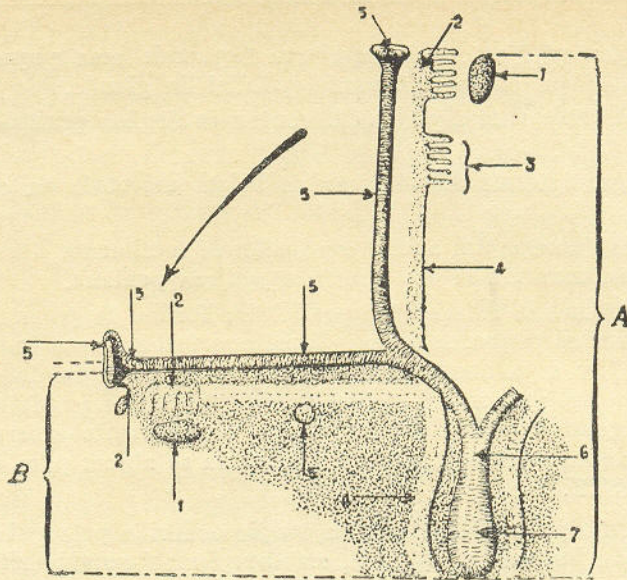


Fig. 14 — Esquema da disposição final dos órgãos genitais internos e externos na mulher. (Segundo Lagos Garcia in op. cit.)

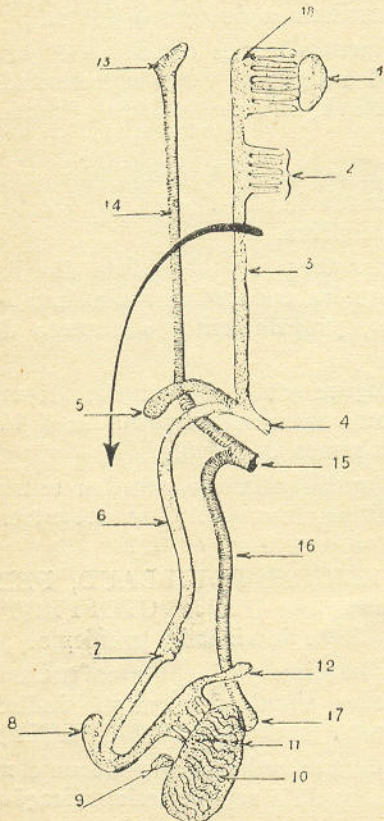


Fig. 15 — Esquema que mostra a disposição do corpo de Wolff e órgão genital no feto humano macho (Segundo Lagos Garcia in Las deformidades de la sexualidad humana). 1, glandula genital — 2, parte inferior do corpo de Wolff — 3, conduto de Wolff — 4, conduto ejaculador — 5, vesiculas seminaes — 6, canal deferente — 7, corpo de Giraldés — 8, vas aberrans de Haller — 9, vas aberrans de Roth — 10, testiculos — 11, cones eferentes — 12, hidatide pediculada — 13, extremidade superior do conduto de Müller — 14, conduto de Müller — 15, vagina macho — 16, parte media do conduto de Müller não desenvolvida — 17, hidatide não pediculada — 18, parte superior do corpo de Wolff. A flecha indica a migração do testiculo.

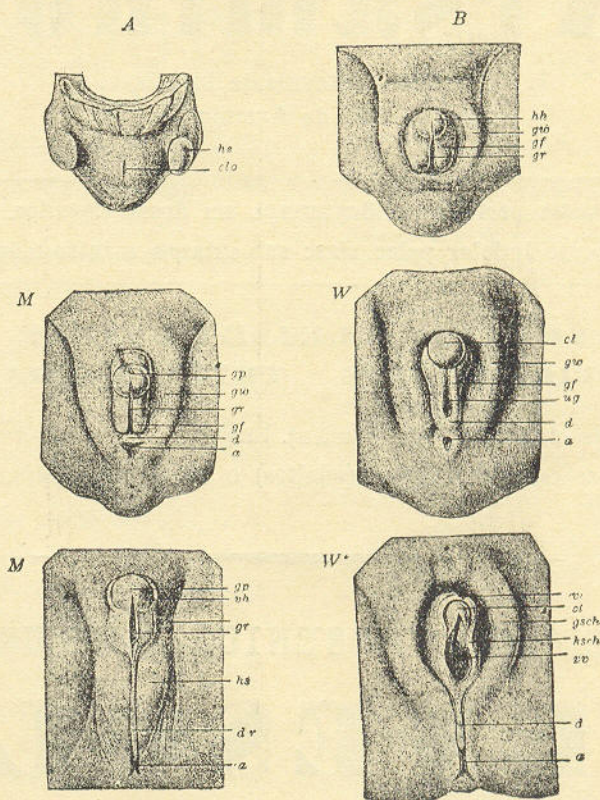


Fig. 16 — Desenvolvimento dos órgãos genitais externos no sexo masculino e feminino. (Ecker-Ziegler in Hertwig — Embriologia, pag. 385).

A e B — Dois estados em que não se reconhece ainda a diferença de sexo. — B — Embrião de 8 semanas.

Os dois estados M e M' provenientes de dois embriões de 2 meses e $\frac{1}{2}$ a 3 meses representam a transformação do estado primitivo no sexo masculino. Os estados W e W' representam a transformação no sexo feminino (de 3 meses e $\frac{1}{2}$ a 4 meses e $\frac{1}{2}$). As indicações são eguaes para todas as figuras — he, Membros inferiores — clo, Cloaca — gh, tuberculo genital — gf, prega sexual — gr, sulco genital — gp glande do penis — el, clitoris — d, perineo — a, anus — ug, entrada do seio uro-genital e vestibulo vaginal — vv, vestibulum vaginae — vh, prepucio — hs, escroto — dr, rafe mediano do perineo e do escroto — gsch, grandes labios — ksch, pequenos labios.

Arsaminol

Arsenico pentavalente injectavel
contendo 0,05 de Arsenico por cc.

Tolerancia perfeita — Segurança em doses elevadas. Rigorosamente indolor pelas vias: sub-cutanea e intra-muscular.

**SYPHILIS — LEISHMANIOSE —
ESPIROCHETOSE — TRYPANOSOMIASE**

Empolas de 3 e de 5 cc. (adultos). Empolas de 1½ cc. (creanças)
Caixas com 6 empolas (adultos) e 10 empolas (infantil).

MEDICAÇÃO ARSENICO MERCURIAL

ENESOL

Salicylarsinato de Mercurio

SYPHILIS em todas as suas manifestações.

Caixas de 10 empolas de 2 cc.
Dóse média: 1 empola de 2 cc. por dia

INJEÇÃO INTRAMUSCULAR.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & Cie - Paris

Seys, Pierre & Co. Ltda. -- Caixa Postal 489 -- Rio de Janeiro

Iolipobí

(Iodobismuthato de qq.+hormolipoides+neuro-díastases)

Formula por empola de 4 cc.
em vehiculo oleoso:

Iodobismuthato de qq.	0,200
Hormolipoides de cerebro	0,020
Neuro-díastases	0,002
Lecithina	0,004

Oleo de olivas clarificado q. s. 4 cc

A eficiencia anti-luetica do iodobismuthato de qq. está mais que comprovada desde 1925, época em que o sal foi introduzido no Codex. Medicação actuando em fundo e duradouramente, tal como os melhores compostos insolúveis do bismutho, o referido sal teve o seu tempo de absorção encurtado e, portanto, a sua acção mais prompta, pela conjugação dos lipoides em absoluto estado de pureza ou associados a hormonios.

Original associação
obtida pelo L. B. C.:

O IOLIPOBI, além de conter essa util acção synergica, inaugura uma nova associação (neuro-díastases), que se portou em numerosos ensaios experimentaes e clinicos como eficiente processo de reforço therapeutico.

E' facto conhecido, que além de multiples hormonios e vitaminas, torna-se imprescindivel para a normal actividade dos tecidos e órgãos a existencia de verdadeiras díastases ou enzimas, que se comportam como activos estimulos da nutrição cellullar (hepatodíastases; neuro-díastases; etc.). Num terreno de melhores condições metabolicas, o especifico iodobismuthato de quinina ou mais rigorosamente iodeto de bismutho e quinina terá a sua acção comprehensivelmente mais efficaz.

INDICAÇÕES

Syphilis em todas as suas formas e em qualquer das phases da infecção.

MODO DE USAR:

O contendo de 2 ou 3 empolas por semana, sob prescripção medica, em applicação profunda e por via intramuscular.

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DIRECTOR:

Dr. Mario Pinheiro

Director do Instituto de Neurobiologia
da Assistencia a Psychopathas do Districto Federal

ASSISTENTE:

Dr. Hélion Póvoa

Titular da Academia, Docente da Faculdade e Assistente do Instituto de Neurobiologia

Anomalias	{ Simples — Hemiterias Complexas { Heterotaxias Hermafroditismos Monstruosidades	{ Variedades Vícios de conformação

Dos hermafroditas propriamente ditos, não podemos fugir á classificação magnífica de ISIDORO GEOFFROY de SAINT-HILAIRE, que compreende desde as formulas mais simples até aos estados complicadíssimos e ainda hoje não encontrados de hermafroditismo bisexual perfeito.

Essa divisão reúne desde os estados de hipospadia com apparencia feminina até todas as anomalias, inclusive as externas e as glandulares. E' uma classificação criteriosíssima sob o ponto de vista filosofico-anatomico da questão, ultrapassando o limite daquilo que a pratica nos tem mostrado. Têm, no entanto pouco a pouco sido preenchidas as lacunas que possuia na época em que foi creada, donde bem se evidencia o genio de quem a creou. Tem uma relação diréta com a evolução embriologica dos mamiferos e cada caso póde ser perfeitamente relacionado a um estado do desenvolvimento embriogenico. Veremos em cada monstro a caricatura de um momento embriologico. E, si não temos a solução do problema, a primeira causá, a desencadeadora do mal, já sabemos onde começa. Já é muito podermos interpreta-lo para que um dia o possamos evitar.

Vejamos a classificação citada:

Quadro da classificação dos hermaphroditas de Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire

Hermafroditismo sem excesso (o numero normal das partes constitutivas do aparelho genital não é mudado)	1.º Masculino	{	O aparelho genital, essencialmente masculino, oferece em algumas de suas partes a forma feminina.		
			2.º Feminino	{	O aparelho genital, essencialmente feminino, oferece em algumas de suas partes a forma masculina.
	3.º Neutro (os órgãos genitais externos nos oferecem uma mistura dos dois sexos).	{			a) Superpostos
			Medios Femeas		
			b) Lateral	{	2.º) Órgãos { Profundos Femeas
					Medios Machos
	c) Semi-lateral	{	1.º) Órgãos profundos e medios. { Machos á direita		
			Femeas á esquerda		
	d) Cruzado	{	1.º caso. Órgãos	{	2.º) Órgãos profundos e medios. { Femeas á direita
					Machos á esquerda
2.º caso. Órgãos			{	Profundos { Machos á direita	
				Femeas á esquerda	
Medios	{	Machos á direita			
		Femeas á esquerda			
Hermafroditismo com excesso (ha aumento do numero normal das partes constitutivas do aparelho genital)	1.º Masculino complexo	{	O aparelho genital, essencialmente masculino, se acha associado a certos órgãos femininos.		
	2.º Feminino complexo	{	O aparelho genital, essencialmente feminino, se acha associado a certos órgãos masculinos.		
	3.º Bi-sexual	{	Perfeito	Existe um aparelho macho e um aparelho femea, os dois completos. É a disposição que se acha normalmente, para certas especies de animais, sanguessugas, caracol, etc.	
Imperfeito			Existe um aparelho masculino e um feminino, os dois incompletos, ou dos quais um sómente é incompleto.		

A essa classificação brilhante juntaremos uma outra que nos parece muito mais clinica e prática, citada por LAGOS GARCIA:

Hermafroditismo anomalo	{	Hermafroditismo aparente	{	Hermafroditismo aparente masculino		
				Hermafroditismo aparente feminino		
		Hermafroditismo verdadeiro	{	Hermafro. glandular	{	Hermafroditismo lateral
						Hermafroditismo completo
				Hermafro. das vias	{	Hermafroditismo simples
						Hermafroditismo complexo

Analiseemos agora os varios tipos de pseudo-hermafroditismo e os ditos verdadeiros, terminando por dizer algo sobre o tão discutido ovotestis, que marca o ácu-me da duplicidade sexual encontrada até hoje nos seres superiores.

O hermafrodita aparente, masculino, ou pseudo-hermafroditismo masculino, caracteriza-se pela presença num individuo glandularmente macho de alguns órgãos que se assemelham aos encontrados no aparelho genital da fêmea.

São os mais correntemente encontrados. O androginóide em todas as estatísticas apresenta muito maior frequência que o ginandroide. Ha uma certa predileção desta anomalia pelo sexo masculino. A proporção apontada por quasi todos os autores é de 4 androginóides para 1 ginandroide.

As causas dessa maior frequência deveremos procurá-las não só na maior facilidade de se deixarem examinar esses individuos — o sexo feminino escondendo mais seus defeitos — como também, acreditamos, na evolução mais completa que tem de sofrer o embrião para chegar á perfeita masculinidade.

De todas as fórmulas de pseudo-hermafroditismo masculino, a externa é a mais frequente, vindo após a interna.

São fórmulas avançadas de hipospadias associadas ou não a criptorquidias mais ou menos graves.

O penis nas hipospadias torna-se tanto menor e tanto mais retraído para as bolsas quanto mais baixa se termina a uretra. Nestes casos o prepucio que, como vimos, embriologicamente acompanha o fechamento da goteira uro-genital, deixa de o fazer, cobrindo unicamente, como na mulher, o dorso e as faces laterais do órgão. Compreende-se perfeitamente que, si este sulco uro-genital deixou de inteiramente se fechar sobre um penis atrofiado, a inexistencia de uretra peniana é evidente. A uretra abrir-se-á na base das bolsas escrotais. Si, por sua vez, as pregas laterais encontradas no embrião e que vão dar origem ás bolsas escrotais ou aos grandes labios, deixam de se soldar sobre a linha mediana, tornando-se um órgão bifido, teremos ainda mais acentuada a parecença com os órgãos genitais femininos.

Ainda si o individuo é um criptorquido bilateral e as bolsas estiverem vazias ou si o fór unicamente unilateral, teremos ainda maior configuração feminina.

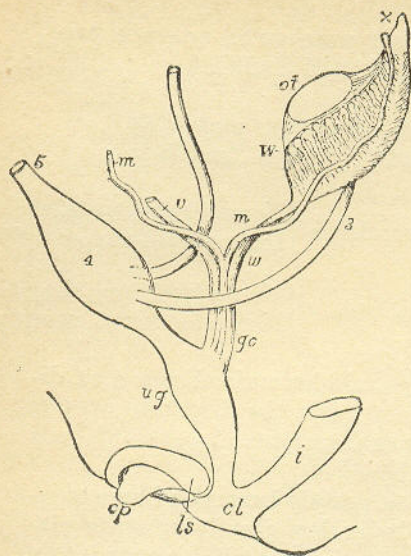


Fig. 17 — Esquema dos órgãos urogenitais de um mamífero no estado indiferente (Balfour).

Os órgãos são vistos na maior parte de perfil; o conduto de Müller e o de Wolff são vistos de frente. — 3 — ureter; 4 — bexiga; 5 — uraco; ot — glandula sexual (testículo ou ovario); W — corpo de Wolff esquerdo; x — ligamento frenico do rim primitivo; w — conduto de Wolff; m — conduto de Müller; gc — cordão genital formado pelos condutos de Müller e Wolff reunidos em uma só bainha; i — intestino réto; ug — seio urogenital; cp — tuberculo genital que se transformará em penis ou clitoris; ls — pregas genitais de que derivarão os grandes labios ou o eseroto.

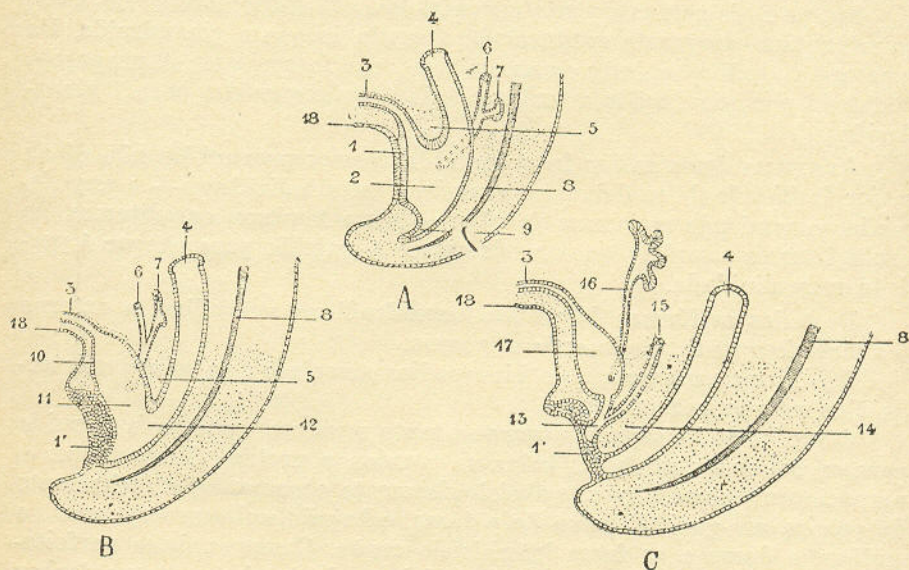


Fig. 18 — Evolução da cloaca interna, formação da bexiga e das vias genitais difinitivas (esquemático) (Segundo Vialleton in Embriologia in Anatomia de Testut).

A, primeiro estado — B, segundo estado — C, terceiro estado — 1, membrana cloacal — 1', rolha cloacal — 2, cloaca interna — 3, pediculo alantoidiano — 4, intestino — 5, operculo perineal — 6, canal de Wolff — 7, broto do metanefros — 8, corda dorsal — 9, intestino post-anal — 10, porção junta á cloaca interna — 11, seio urogenital — 12, passagem cloacal — 13, conduto urogenital — 14, septo urogenital — 15, cordão genital — 16, ureter — 17, bexiga — 18, cordão umbelical.

Os hipospadicos peno-eserotais, éserotais, perineo-eserotais ou perineais é que têm dado o maior contingente de pseudo-hermafroditas masculinos.

Estes individuos só vão ás vezes conhecer seu verdadeiro sexo na puberdade.

Os casos mais antigos citados parecem ser os de SCHESELDEN e WORBE. Mas são os mais encontrados. Nós os esquematizamos para maior compreensão.

Um passo mais e vamos encontrar um pequeno afundamento entre o que deveriam ser as bolsas eserotais. Ha como uma pequena vulva no fundo da qual existe uma vagina atrofica. Mas si por uma destas irrisões do destino, os canais de Müller, que só são representados no adulto por suas extremidades atrofiadissimas, persistem parcial ou integralmente desenvolvidos, nós vamos ter a existencia do aparelho genital externo da mulher quasi integral.

Nos casos mais simples o individuo apresenta todos os caracteristicos sexuais secundarios masculinos e só o utricolo prostatico se encontra muito desenvolvido, podendo chegar a ter a configuração de uma vagina que se termina na prostata entre os dois canais ejaculadores.

Essa vagina pôde ser completada por um utero e trompas que ninguém suspeitará si uma laparotomia ou uma autopsia não os vier mostrar. Os casos dessa natureza já não são tão raramente citados. NEUGEBAUER tem dêles uma esplendida estatistica completamente expurgada dos casos duvidosos.

E' ainda a persistencia dos canais de Müller no homem que faz aparecer as vaginas mais ou menos completas, que se abrem sob as bolsas eserotais, separadas e quasi sempre vazias. Os penis desses individuos são sempre atrofiadissimos e sem canal uretral. O meato urinario desemboca profundamente no perineo.

Os canais deferentes ora se terminam no fundo do saco vaginal, como nos casos de SHEGHELNER, GIRALDÉS e GIRAUD, existindo ou não a prostata, ora se terminam na uretra prostatica como nos individuos normais. Desta ultima fôrma eram os pacientes de TARDIEU, DENIS, GOUJON e muitos outros.

O pseudo-hermafrodisimo completo, de que LAGOS GARCIA cita dois casos, é o mais raro.

São homens que só o são por possuirem testiculos em vez de ovarios como glandulas sexuais. Neles vamos encontrar uma configuração exterior identica á feminina. Uma vagina otimamente bem conformada seguida de utero e trompas tem como accessorio dois testiculos ectopicos com seus deferentes e prostata. Todos esses individuos têm dado origem aos maiores erros de determinação de sexo, aliás justificaveis, dadas as condições externas que apresentam. Muitos dêles têm ido á velhice como mulheres, só sendo reconhecida sua verdadeira personalidade numa autopsia.

Outras vezes é a descida de um testiculo ectopico aos grandes labios, tomado por hernia, que lhes dá o verdadeiro diagnostico do sexo, ao chegarem á puberdade.

E muitas dessas mulheres-homens parecem ter vivido felizes e quan-

tas não terão morrido levando para a cova o segredo que nem mesmo conheciam.

Ainda mais, pela atrofia testicular que lhe trás a ectopia, apresentam caractéres sexuais secundarios eunucoides que muito os aproximam do sexo oposto.

Haverá ou não ejaculação de esperma, falta ou presença de espermatozoides, de acôrdo com os canais ejaculadores, que pôdem ser até cegos, como no caso de RICO.

Os esquêmas junto nos ilustrarão melhor sobre estas fórmas de pseudo-hermafrodisimo masculino.

Digamos alguma cousa sobre pseudo-hermafrodisimo feminino.

E' o inverso da medalha que descrevemos.

Aqui não é mais a persistencia dos canais de Müller, que é o normal, mas a dos condutos de WOLFF que vai trazer as anomalias.

Os ginandroides são sêres femininos por seus órgãos genitais internos, glandulares, apresentando um ou mais atributos do sexo masculino.

Como acentuou BROUARDEL, estas anomalias são muito mais raras desde a simples hipertrofia clitoridiana — que as encontradas no sexo masculino. E' a mesma a opinião de LAGOS GARCIA, que diz que “é muito mais frequente observar homens com fórmas ou caractéres semelhantes aos da mulher que observar mulheres com fórmas ou caractéres semelhantes aos do homem.”

No entanto, já muito casos ha em que têm havido êrros de determinação sexual.

Alguns apresentam características masculinas tão acentuadas que só como adultos são identificados como mulheres.

Lembremos a celebre citação de MONTAIGNE do soldado hungaro que pariu em pleno campo de batalha e do monge de Issoire, que deu á luz em sua propria cela.

Os mais simples são os de hipertrofia clitoridiana exagerada. Quasi sempre ha uma atresia vulvo-vaginal que esconde ou engana, á primeira vista, num exame superficial, o verdadeiro sexo. São mais desenvolvidos ainda esses clitoris quando essas criaturas se dão a praticas onanistas.

Algumas vezes se encontram uretras completas ou imperfeitas dando aspêto de penis hipospadicos. Junto a esses clitoris canaliculados, todo o aparelho genital externo e interno está presente. Apenas o clitoris se desenvolve muito mais que normalmente.

A pequena glande clitoridiana é substituida por outra aparentemente masculina.

Ha desses individuos que têm vivido como homens, casado, e parece ter satisfatoriamente desempenhado suas funções como criaturas pertencentes ao sexo forte.

Com muito mais razão a coalescência dos grandes labios trazendo o fechamento vulvar e dando a impressão de bolsas escrotais vazias tem levado a esses enganoses. A existencia de um ou dos dois ovarios ectopicamente descidos aos grande labios, a presença de uma hernia inguinal, a persistencia do canal de Nüek, os quistos que neste se pôdem desenvolver, ainda maior parecença dão.

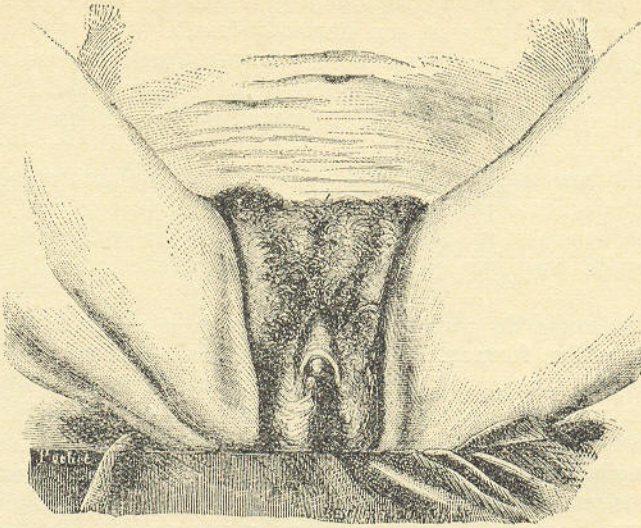


Fig. 19 — Aspecto exterior dos órgãos genitais do indivíduo examinado por Bécлар e Hourteloup.

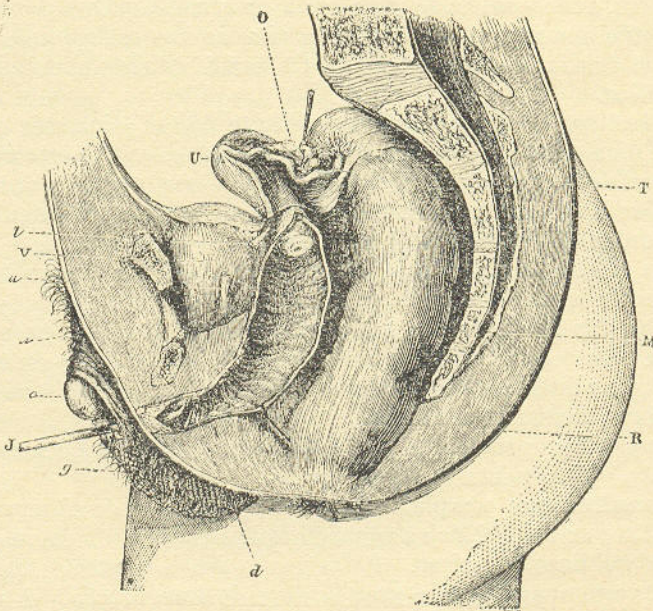


Fig. 20 — Corte da bacia da doente de Bécлар e Hourteloup — J, Sonda passando pela abertura principal abaixo do clitoris — M, Vagina — O, Ovarios — T, Trompa — U, Utero — L, Lígamento redondo — V, Bexiga — u, Ureter — g, Orifício da uretra — R, Reto — g, Grandes labios. (In Dictionnaire de Medicine e Chirurgie, vol. 17, pag. 501).

Em rarissimos casos aparece uma prostata na região uretral posterior, como unico estigma de um hermafrodisimo.

Mais raros ainda são os casos de hermafrodisimo interno na mulher. O que mais se observa é a persistencia de alguma porção dos canais de Wolff. Assim, os deferentes ou vesiculas pôdem existir como unicos vestigios.

Os condutos de Gärtner, que aparecem normalmente na vaca, em rarissimos individuos pôdem persistir colados á parede anterior da vagina e terminando-se na região vestibular. Esses condutos, como já o dissemos, nada mais são que as extremidades inferiores dos canais de Wolff.

A persistencia de características internas e externas de ginandria é a mais rara das fórmãs. Os casos citados são muito duvidosos.

Lembremos que a criptorquidia é um estado normal nos passaros e em certos mamiferos como a baleia. Por si a criptorquidia masculina não constitue característica do hermafrodisimo. A atrofia dos testiculos no homem, nestes casos, é quasi sempre constante e tanto maior quanto mais profundamente se encontrar a glandula. Como consequencia, os caracteres sexuais secundarios invertem-se e aproximam-se dos femininos.

O desenvolvimento exagerado dos seios no homem, que poderão ir até á secreção lactea; a pilosidade com características femininas; o aspecto geral do individuo; a voz aflautada; a bacia alargada; as tendencias psiquicas, tudo contribue para mais os afeminisar.

A questão das regras, tantas vezes citadas nos androginos, não tem o necessario fundamento científico. Os casos citados são todos passíveis de critica.

Nos ginandroides a esclerose quasi constante dos ovarios trás como consequencia, igualmente, a inversão dos caracteres sexuais secundarios.

A hipertrofia do clitoris é estado normal em certas macacas superiores. Pôde ás vezes "manifestar-se como unico sinal de virilismo, sem ser acompanhado de modificações vulvares".

Nestas criaturas a presença de catamenios é frequente e interpretada como lesões vesico-uretrais.

A ereção do clitoris pôde ser quasi perfeita como no caso de nossa doente. A existencia de barba desenvolvida; a total falta de crescimento dos seios, a pilosidade elevada até ao hirsutismo; a voz grossa, são caracteres francamente masculinos.

Algumas dessas criaturas ou nunca são reguladas ou o são só mui tardiamente. Haja vista a nossa doente.

O hermafrodisimo completo e absoluto só tem dado observações passíveis de forte critica. Nós as representamos esquematicamente de acôrdo com as publicações feitas. Falta em todas o contrôle histológico e muitas parecem ser filhas de grande dose de imaginação. A mór parte dos autores classifica-as como más observações.

O hermafrodisimo lateral, unilateral e bilateral ainda não foi confirmado no homem, estando a classificação de KLEBS por preencher.

A verdade é que já alguns casos se conhecem nos mamiferos superiores mas no homem nada cientificamente os pôde provar.

Seja como fôr, são observações citadas e achamos de nosso dever esquematizá-las. Servirão, ao menos, para chamar a atenção sobre o assunto.

Doutro lado temos, no entanto, de lembrar o ovotestis, ou seja, o hermafroditismo glandular. A observação de BLACKER e LAWRENCE seguida pelas de SALEN GARRÉ-SIMON, PICK (que foi quem melhor analisou a questão e procurou em 500.000 porcos o ovotestis, encontrando 5) LANDAU, SCHICKELE, UNGER e UFRÉDUZZI, BRIAN, LACASSAIGNE e LAGOUTTE provam á evidencia, macroscópica e histologicamente, que em raríssimos casos nós podemos encontrar elementos celulares masculinos e femininos numa só glandula.

Bem que PICK tenha procurado demonstrar que alguns destes achados eram simples teratomas que no seio do tecido ovariano se desenvolviam, provindos de restos embrionarios de tecido testicular, o mesmo autor concorda que algumas observações são inegaveis.

O adenoma tubular testicular, a hipertrofia neoplásica dos restos de canaliculos testiculares descoberta por PICK é igualmente inegavel. Ele mesmo chega a concluir que se não deve pensar sómente num ovotestis devido á persistencia dos gametos de ambos os sexos mas ainda num hermafroditismo intersticial glandular. Nestas circunstancias apareceriam celulas intersticiais de ambos os sexos em glandulas produtoras de uma unica especie de gametos. Ora, essas fórmãs de ovotestis são as unicas que deveriamos considerar como verdadeiro hermafroditismo. E' verdade que em nenhuma observação se conseguiu determinar a existencia dos gametos de ambos os sexos em estado adulto. Si alguns trazem o folículo de Graff com ovulos bem desenvolvidos, a parte masculina é apenas representada por canaliculos testiculares em que apenas se evidencia o inicio da espermatogênese. Esse hermafroditismo monoglandular apresenta, excéto na observação de SINIGAGLIA, todos os caracteres sexuais secundarios femininos. Apenas SINIGAGLIA, na sua observação consegue extirpar um ovotestis a um individuo masculino em que puderam ser encontrados espermatozoides na ejaculação espermática.

Temos, assim, feito um rapido, escorço no misterioso assunto que constitue o mitológico amplexo dos dois sexos.

Terminaremos nosso trabalho dirigindo-nos aos sábios mestres que tanto têm elucidado o assunto, parafraseando o anatomista que Rembrandt fixou numa tela admiravel: Perdoai-nos, senhores, si, por acaso, profanamos a vossa magnífica obra !

CONCLUSÕES

- 1) O hermafroditismo é sempre a parada do desenvolvimento embrionario de um determinado setor genital, compensada pelo desenvolvimento de órgãos do sexo oposto.
- 2) Encontramos sempre, no hermafrodita, a representação de um estado embriológico constante.

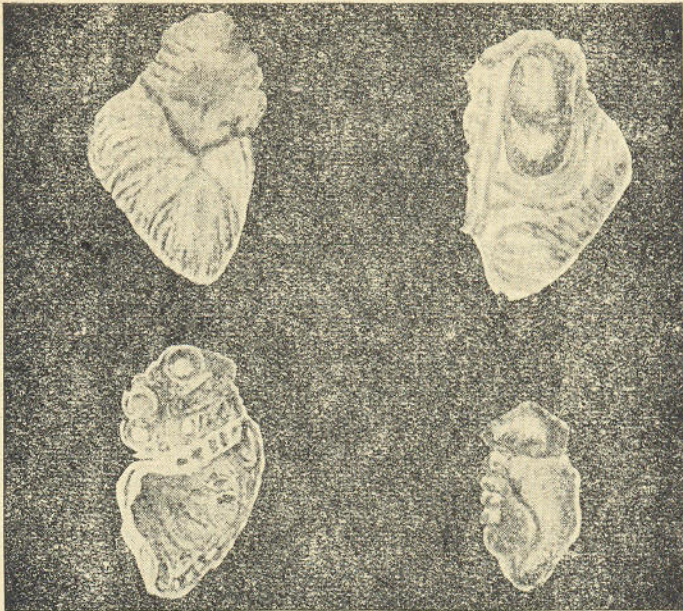


Fig. 21 — Ovotestis estudado por Ernesto Salen (In Lagos Garcia — Op. cit). Em cima: Ovotestis do lado direito visto por diante e por trás. Em baixo: (à esquerda): Corte do ovotestis direito. Em baixo (à direita): Ovario esquerdo atrofiado.

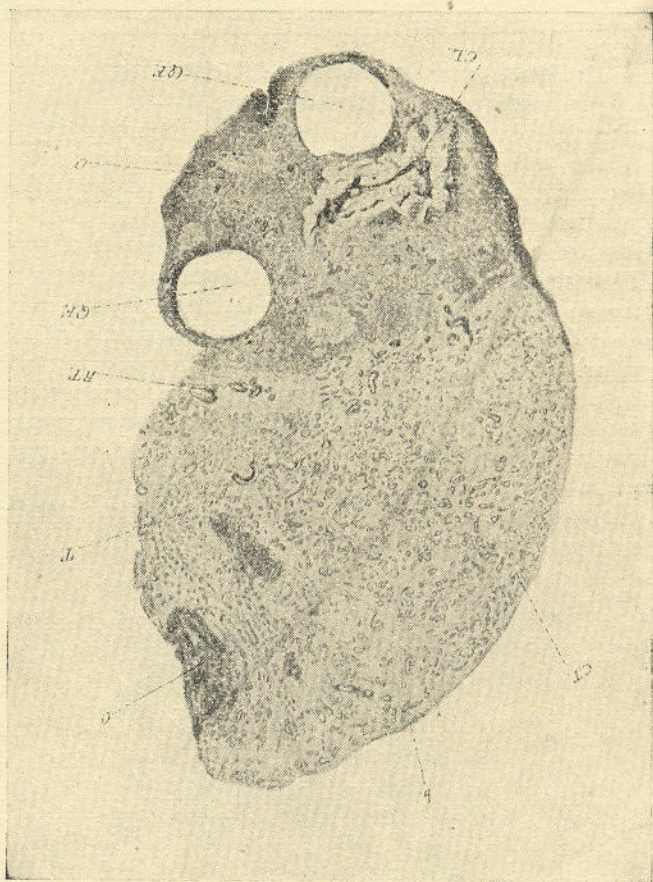


Fig. 22 — Ovotestis estudado por Ernesto Salen (In Lagos Garcia — Op. Cit.) O, parte ovariana — T, parte testicular — b, albuginea — C. T. canaliculos testiculares — R. T. rete-testis — Q. F. quistos foliculares — C. L. corpo luteo recente.

- 3) Em alguns casos, ao lado do desenvolvimento perfeito dos órgãos genitais de um sexo, encontramos resquícios de órgãos do sexo oposto.
- 4) Os erros de diagnostico do sexo nesses individuos são perdoaveis pela dificuldade de se determinar, em muitos, a natureza das glandulas genitais.
- 5) O hermafrodismo completo nunca foi encontrado no homem.
- 6) O ovotestis póde ser considerado como ácume do hermafrodismo humano.
- 7) A inversão psiquica póde, em muitos casos, acompanhar a inversão dos caractéres sexuais secundarios; noutros, está em franco antagonismo.
- 8) Na nossa doente tratava-se de um pseudo-hermafrodismo feminino.
- 9) Consideramos a grande hipertrofia clitoridiana como sinal caracteristico da mais simples fórma de hermafrodismo feminino.
- 10) Na nossa doente o resultado tardio da intervenção cirurgica foi sem valor.
- 11) Julgamos que a intervenção cirurgica deve, sempre, respeitar os caractéres sexuais externos na medida do possivel, sem se preocupar com a glandula de secreção interna sexual que possua o hermafrodita.
- 12) O hermafrodismo, em qualquer de suas fórmas, no genero humano, é uma anomalia dificil de encontrar.

Esquemas dos casos mais encontrados de *Hermafroditismo masculino*

Casos de Cheselden, Worbe e Lagos Garcia. Formas de hipospadas peno-escrotal, escrotal, perineo-escrotal ou perineal com existência ou não de testículos nas bolsas.



Casos de Dodeuil e outros. Vulva sem canal vaginal com testículos ectópicos.



Caso de Rico. Falta de canaes ejaculadores. Testículos ectópicos com deferentes e esboço de vesículas seminaes, Penis imperfurado.



Trompas, utero e vagina terminando na uretra prostatica. Penis imperfurado. Vulva sem vagina. Testiculos ectopicos ou não.



Casos de Tardieu, Denis e Goujon. Penis imperfurado. Vulva e vagina terminando na porção anterior da vagina. Testiculos ectopicos ou nas bolsas. Deferentes e vesiculas terminando-se na uretra prostatica. Vagina em fundo de saco.

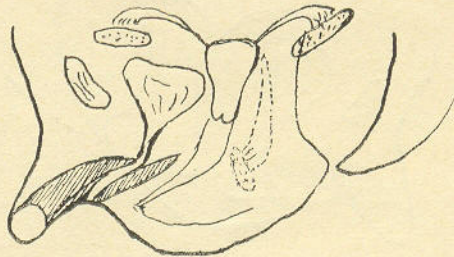


Casos de Sheghelner, Giraud e Giraldés. Penis imperfurado. Testiculos ectopicos. Vulva e vagina. Uretra terminando ao nível do pseudo-atrío. Deferentes, órgãos ejaculadores e vesiculas seminaes desembocando no fundo da vagina.

Esquema dos casos mais citados de Pseudo-hermafroditismo feminino



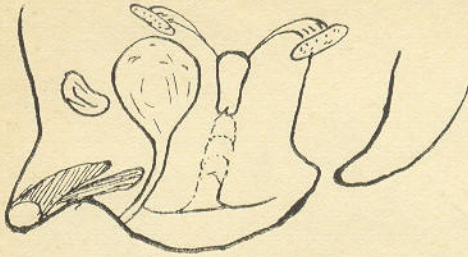
Caso de Bouillaud e Manec. Grandes labios unidos e vasios. Uretra parcialmente permeavel num clitoris hipertrofiado. Utero, ovários, trompas e vagina terminando na uretra. Existia uma prostata rudimentar. O caso de Luigi Crecechio assim como os de Cameron, Goffe e Kurtz, Lagos Garcia, Heymann e Zuckerkandl são muito parecidos a este tipo.



Caso de Beclard e Horteloup. Vagina estreitadissima. Grande hipertrofia clitoridiana. O caso de Debout e Huguier tinha um ovario dentro de um grande labio apresentando testiculo. Os casos de Friedlander, Gunkel e Lagos Garcia e o nosso são parecidos.



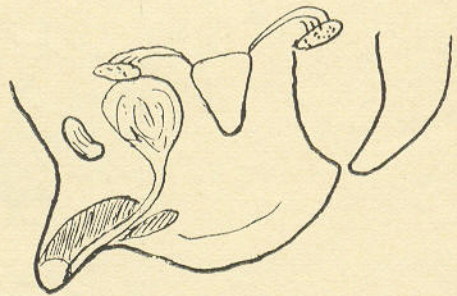
A vagina se termina nesta forma sobre o colo vesical. Aparecem grandes hematurias mensaes na epoca das regras. Havia uma uretra percorrendo o clitoris no caso de Meixner.



Falta total de vagina com hipertrofia de clitoris. Noutros doentes simples imperfuração clitoridiana e existencia incompleta ou septada de vagina, não comunicando com o utero.

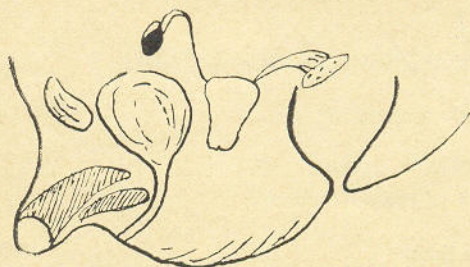


Falta total de utero, que é substituido por um tecido fibroso do qual partem as trompas que vão aos ovarios. A vulva e a vagina são em geral bem conformadas. O clitoris é hipertrofiado.



Caso de Eschricht. Utero imperfurado com trompas e ovarios. Falta total de vagina. Clitoris com uretra.

Esquema dos casos duvidosos.



Caso de Morand. A' esquerda, ovario trompa e utero. A' direita um testiculo, dois deferentes, um deles terminado no utero. Configuração esterna de um hipospada.



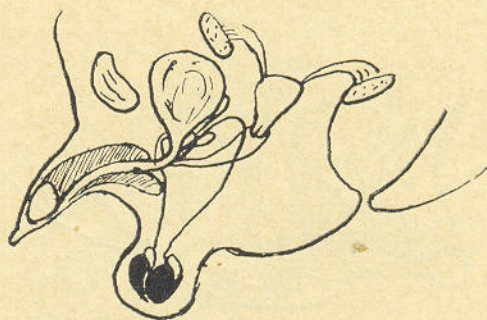
Caso de Maret — A' esquerda: no grande labio, um testiculo. Canal deferente e vesicula seminal. A' direita: um ovario, trompa, um deferente imperfeito, vesicula seminal imperfeita. Penis imperfurado. Grandes labios. Vagina terminada em fundo de saço.



Caso de Mayer. Utero com duas trompas; á esquerda um ovario e á direita um testiculo. Clitoris imperfurado, vulva e pequena vagina em fundo de saço.



Caso de Follin. Utero e vagina rudimentares terminando na uretra. Duas trompas. A direita sem órgão glandular. A' esquerda com um testículo. Penis imperfurado.



Caso de Petit. Órgãos genitales externos de macho. Dois testículos com deferentes e vesículas seminaes terminando na uretra. Ovarios, trompas, utero e vagina terminando na uretra. Os casos de Mayer, Rokitsanski e Heppner não se diferenciam muito do precedente.

Invaginação intestinal aguda no adulto

A proposito de um caso

Dr. Sergio Cattani de Curtis

Ex-interno-plantão da Santa Casa

A oportunidade, que se nós ofereceu, de observarmos um caso desta natureza, no Serviço de Urgência da Santa Casa de Misericórdia, despertou em nós a idéia de publicarmos a observação, acrescida de alguns comentários, dada a raridade da afecção, pois não figura com frequência em nossas estatísticas diagnósticas, constituindo ocorrência bastante rara.

O caso, que registramos, reveste-se de duplo intrêss e: em primeiro lugar, porque reproduz nas suas manifestações — regularidade, sucessão e nitidez dos sintomas — o quadro clínico, “au grand complet”, da invaginação intestinal, conforme lhe descrevem os classicos em seus tratados, facto aliás, pouco frequente em medicina; em segundo lugar, porque tivemos a ocasião de empregar no diagnóstico de um ventre agudo, a prova radiológica, ainda rarissimas vezes utilizada por nossos cirurgiões, e que reputamos de inestimável valor.

Foi-nos possível assim, associando sinais clínicos e radiológicos, chegar a um diagnóstico pré-operatório exato, proporcionando os dados seguros para uma intervenção de urgência, cujo beneficiado é o nosso enfermo, pois, levado á sala de operações com estado geral excelente, o acto operatório resumiu-se a simples desinvaginação de um segmento intestinal ainda em ótimas condições.

Queremos salientar assim, o auxílio prestado pelo radio-diagnóstico, constituindo um ponto de particular interêsse da nossa observação.

Justificada pois, a apresentação deste pequeno trabalho, passamos ao relato do caso.

E. L., de côr preta, 42 anos, solteiro, carregador, natural deste Estado, aqui residente, baixou ao Serviço em 8 de Agosto de 1937.

Deu entrada no Hospital, queixando-se de intensas dôres abdominaes, não se conseguindo, entretanto, obter uma resposta sôbre o lugar exato em que o doente sentia dôres espontâneas; doia-lhe todo o ventre.

Relatou-nos o enfermo, que no início da semana sentira fortes dôres no abdomen, durante dois dias, tendo desaparecido sem a intervenção de qualquer medicamento.

Três dias passaram-se sem nada sentir. Súbitamente, em plena saúde, na manhã do dia 6, foi novamente acometido por violentas dôres no ventre, sendo obrigado a abandonar o trabalho. Retirando-se para casa, guardou o leito durante dois dias, tomando chás e aplicando mesinhas, que de nada lhe valeram. A' noite não conseguiu dormir, devido a dôr que não mais cessou. Entretanto, por momentos diminuia, acalmando-o, para dentro de poucos minutos exacerbar-se, com caráter atroz,

impelindo o paciente a "retorcer-se no leito". Na manhã seguinte teve um vômito. A' tarde iniciaram-se umas evacuações sanguinolentas e de pequena quantidade, sendo entretanto frequentes, não apresentando, porém, sinais de materias fecais.

No dia seguinte teve novo vômito, estando em constante estado nauseoso, não conseguindo alimentar-se. Diversas evacuações sanguinolentas, que êle comparava a uma geléia com sangue; outras vezes sentia necessidade, porém nada evacuava. A' tarde manifestaram-se soluços; teve novo vômito.

Acusa no seu passado mórbido, febre tifoide aos 8 anos, e enteralgias passageiras raras. Sofreu amputação do membro superior direito em 1921, devido a um acidente.

Tabagista e alcoólatra inveterado. Hábitos imoderados.

Nada de interessante em seus antecedentes hereditários e familiares.

Hospitalizado em 8 de Agosto, domingo, fomos encontrá-lo ocupando um dos leitos da 13.^o enfermaria, atendendo um chamado para vermos um doente que estava passando mal, pois que era nossa hora de plantão.

A sua posição no leito era de desconforto, não encontrando uma atitude que lhe atenuasse os sofrimentos.

Enquanto narrava a sua história, foi obrigado a suspendê-la por momentos, devido as dores que intensificando-se, o imobilizavam, estampando-se na face, pela contração dos músculos, toda intensidade dos seus padecimentos. Eram verdadeiras cólicas, que atravessavam o ventre de um lado ao outro, comparando o doente, á facadas.

Estado geral bom. Psicismo normal; inteligência e memória perfeitamente conservadas.

A' inspeção do abdomen, séde de todos os seus sofrimentos, notamos que se achava ligeira e uniformemente globuloso, acompanhando os movimentos respiratórios do torax, não se observando movimentos peristálticos intestinais.

Ventre doloroso. Não havia contratura.

Hemiabdomen E um pouco resistente á palpação, principalmente em sua metade inferior. A esta altura percebia-se, nos momentos de acalmia, uma tumoração, sem limites precisos, de superficie lisa, alongada no sentido longitudinal e de consistencia pastosa. A fossa iliaca D achava-se facilmente depressivel, dando-nos a sensação de vasio (sinal de Danee, atingindo-se sem dificuldade a parede posterior.

Praticamos um toque rectal, com o fim de verificarmos si sentia-se se a extremidade inferior desta tumoração. Não se percebia nada; entretanto, este toque veio confirmar nossas suspeitas, porque ao retirarmos o anus a dedeira, esta achava-se recoberta por mucosidades sanguinolentas.

Pulso — 80. Temperatura 36,8°.

Com a impressão clínica de uma invaginação intestinal, transportamos o doente para a sala de Radiologia, com o fim de ratificarmos nosso diagnóstico.

Apelamos, então, para o colega Dndo. Homero Menezes, que se prontificou a praticar o exame radiascópico e radiográfico do paciente.

Administrado um lavamento baritado, sob o ecran, acompanhando a progressão da coluna opaca, vimos que esta se deteve na altura do segmento recto-sigmoidiano. Foi batida uma chapa radiográfica, que aqui reproduzimos. Constatou-se pela interpretação do eliché, que no ponto de parada da coluna de barita, se desenhava uma imagem característica de uma invaginação intestinal, podendo ser classificada como uma imagen em bidente.

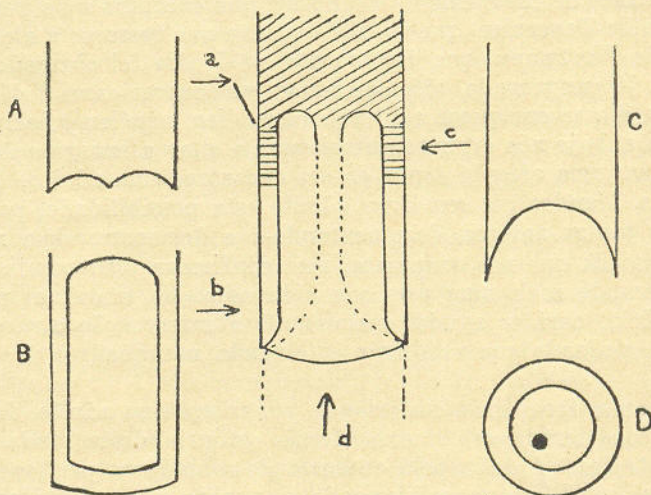
Diante de um quadro com sintomatologia tão completa, conforme os sinais clínicos relatados e a prova radiológica, só o diagnóstico de invaginação intestinal se impunha e, como estivesse indicada a intervenção de urgência, foi o ocorrido comunicado ao cirurgião-interno Dr. Varnieri, que imediatamente compareceu ao Hospital.

OPERAÇÃO: — Decidida a intervenção cirúrgica, foi praticada uma celiotomia mediana umbilico-pubiana.

Aberto o peritoneo, a mão no interior do ventre, percebeu logo, no meio das alças intestinais, a existência de um tumor cilíndrico, regular, de paredes lisas, orientado no sentido longitudinal, atingindo a pelvis.

Prolongada a incisão para cima (supra-umbilical), afim de facilitar a exteriorização do tumor, verificamos tratar-se de uma invaginação intestinal, colo-cólica, compreendendo parte do transverso e o descendente, até ao colon pelvico, numa extensão de 60 á 80 cm. aproximadamente. O grande epiplon havia sido levado, em parte, pelo cilindro de invaginação.

Examinando o anel estrangulador, e constatando a possibilidade de uma desinvaginação, foi ela tentada. O aspeto do "boudin" era bom, es-



IMAGENS ESQUEMATICAS DA INVAGINAÇÃO (OMBREDANNE)

- A) em amputação: o baryo só desce até "a".
- B) em ampoula ou lacunar: o baryo recobre a bainha, que é larga.
- C) em cupula: o baryo desce até a metade da bainha, "e".
- D) em cocar: a invaginação é vista de frente, seguindo a linha "d".

tando indicada a redução, pois reunia todos os caracteres que, de acôrdo com Lejars, atestam uma vitalidade certa: "liso, quente, bem vascularizado, sem nenhuma placa, sem nenhuma mancha suspeita, tanto no corpo como no colo".

Docemente, por expressão progressiva e cuidadosa da cabeça de invaginação, através da alça invaginante, e leves trações na outra extremidade, chegou se com facilidade a desinvaginar completamente o intestino.

O segmento invaginado apresentava-se com bom aspeto, sómente leve cianose e edema das parêdes. Regular desinserção de epíplon ao nível do colon transverso, que foi suturado.

Constatada, pois, a sua integridade, foi a segmento intestinal, reingrado no ventre e procedido ao fechamento da parêde abdominal, por uma sutura em três planos, sem drenagem.

Raqui anestesia, depois completada por eternarcose.

Operador — cirurgião-interno Dr. Varnieri.

Auxiliares — internos-plantões Sergio e Darcy.

Falar em invaginação intestinal aguda no adulto, era expor-se, há ainda bem pouco tempo, ás críticas as mais severas por parte dos autores, arraigados, que estavam a antiga formula, de que "a invaginação no lactente é aguda e super-aguda, na criança é sub-aguda, e no adulto crônica".

Entretanto, sucederam-se as observações, aumentaram as estatísticas e, em face de casos como o de Ferey, que encontra uma perfuração no 5.^o dia; o de Tavernier, que no 10.^o dia teve que ressecar a alça já esfacelada; o de Wortmann, que, igualmente, no 5.^o dia foi obrigado a ressecar uma alça já gangrenada, além de numerosos outros casos indênticos, com que dia a dia se enriquece a literatura médica, aquêles principios caíram por terra e, hoje nós estamos autorizados a citar a invaginação intestinal aguda como uma afecção capaz de ser encontrada no adulto.

Aliás, Mandor em seu livro admite esta possibilidade, posta em duvida por tantos autores, documentando-a e demonstrando-a mesmo.

O caso de que nos ocupamos, vem confirmar plenamente esta asserção, mostrando mais uma vez, que a invaginação intestinal pode adquirir no adulto caráter agudo^a reclamando a intervenção cirúrgica de urgência, e, podendo como tal, ser catalogada nos quadros de abdomen agudo.

A grande frequência na criança, em relação ao adulto, faz com que ela seja considerada como uma afecção própria desta idade. A explicação deste facto é dada pela ausência de soldaduras peritoneais do segmento ileo-cecal, recém solidarizado á parêde nos primeiros meses da vida extra-uterina.

Devemos frizar, porém, em considerando a forma aguda no adulto e na criança, que, embora apresentando sintomatologia idêntica, esquemmatizada na triade — sinais de oclusão, tumor em "boudin", enterorragia — apresenta-se em geral, com caracteres próprios a idade, revestindo-

se de maior gravidade na criança, dada a rapidez com que evoluem as lesões.

Com efeito, assim se exprime Pouliquen — “a invaginação na criança é uma afecção muito grave; trata-se não de urgência, mas de extrema urgência; desde a primeira visita do médico deve ser adotada uma decisão cirurgica imediata”.

No adulto a evolução da molestia é mais lenta, mais arrastada, os sinais característicos se manifestando tardiamente, dando tempo assim, a que se observe com mais demora o doente, e permitindo a realização mais segura de bons exames radiológicos.

Na criança, o início brusco pode adquirir um aspeto dramático e catastrófico, alarmando as pessoas que a cercam, como no celebre caso de Ramond, no qual a pequena Cristiane “tornou-se de repente lívida, cadavérica, todos os seus tegumentos ficaram brancos, como si estivesse morta, enquanto que seus lábios e suas orelhas, assim como a extremidade dos dedos tornaram-se violaceos” tendo voltado ao normal em alguns segundos, e motivando um chamado de urgência. Era o início de uma invaginação intestinal, legítimo “shock inicial”. Outras vezes são gritos, ou então a criança torna-se agitada, desespera-se, entra a debater-se com braços e pernas, verdadeiras convulsões, que cessam passada a crise dolorosa.

O adulto, com sistema nervoso menos impressionável, suporta estas crises dolorosas, sem estas manifestações dramáticas, apenas com modificações dos traços fisionômicos, que exprimem o sofrimento e a anciedade, ou revolvendo-se no leito, a procura de uma posição que o alivie, sem chegar, entretanto, a um estado de inconsciência.

O sintoma convincente, orientador do diagnóstico, ou sinal de Cruveillier, que é a evacuação sanguinolenta, na criança se apresenta já na oitava hora, no adulto, só passadas 48 horas e mais é que se manifesta.

Considerando a invaginação como uma hernia do intestino no intestino, podemos dizer que na criança há estrangulamento desde que há invaginação. No adulto, os sinais reveladores de um estrangulamento são mais tardios, podendo mesmo o intestino sair pelo anus sem o aparecimento de graves lesões.

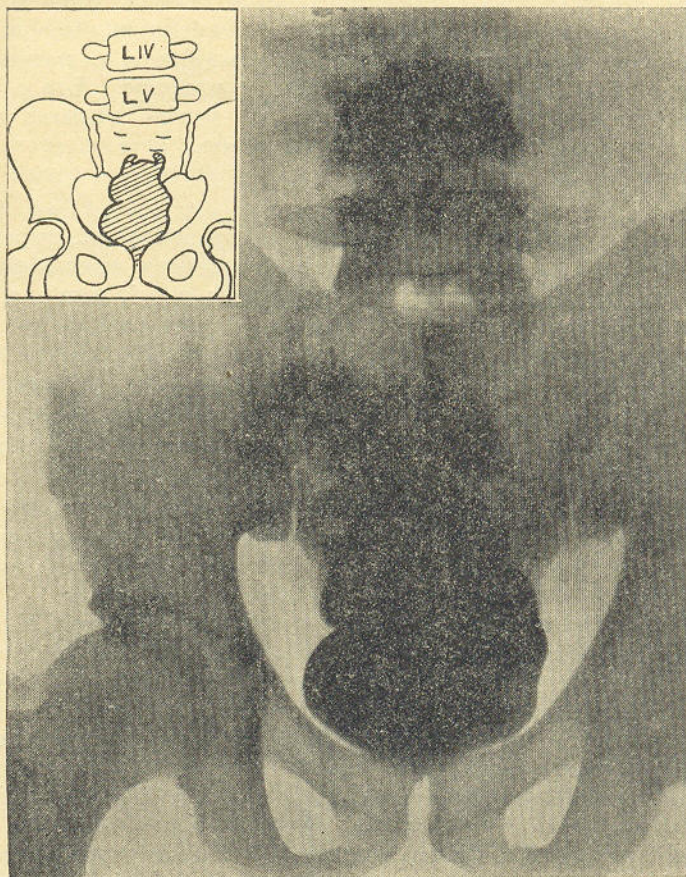
A invaginação na criança conduz a uma morte rápida. Entretanto, atualmente, os cirurgiões melhor educados, senhores dos quadros sintomáticos perfeitamente estabelecidos, permitindo uma decisão terapêutica eficaz, diagnosticam e curam. Haja vista, a excelente estatística apresentada por Pouliquen, que em 14 casos, teve 11 curas operatórias.

O adulto resiste á sua invaginação; o que se verifica, em geral, é a passagem ao estado de cronicidade, devido em parte a tolerância do organismo adulto, mas por outro lado, sobretudo favorecido pela ausência quasi constante de diagnóstico precoce. Porém a passagem ao estado crônico não é sinão uma forma evolutiva, podendo exigir a intervenção, ao curso de um episodio agudo tardio, se manifestando sobre uma invaginação já de há muito constituída, e obrigando a manobras operatórias complexas, como as ressecções.

E' preciso, pois, que deante de um quadro agudo de ventre sôbre vindo em um adulto, se pense um pouco mais na possibilidade de uma

intussuscepção, afim-de a surpreendermos na sua crise inicial, e si para isso não forem suficientes os sinais clínicos, temos como ultimo recurso o emprego do radio-diagnóstico.

Não obstante a excelência do estado geral, com um pulso de 80 e uma temperatura de $36,8^{\circ}$, com um mínimo de reações locais, o nosso paciente era portador de um autêntico abdomen agudo, sujeito a passagem ao estado crônico, com uma intervenção tardia de pessimos resultados, ou ao aparecimento precoce de lesões graves, como nos casos já citados.



Assim, baseando-nos pelos trabalhos daquêles que teem apresentado communicações a este respeito e, orientando-nos pela nossa própria observação, pensamos que pode-se chegar no adulto a mesma simplicidade de resultados, como para a criança; as dificuldades até agora eram as hesitações prolongadas de diagnóstico, hoje já afastadas em absoluto, pelo emprego do radio-diagnóstico, que desfaz todas as dúvidas.

Além da pouca frequência da invaginação intestinal no adulto, que torna a nossa observação especialmente interessante, outras pequenas particularidades que tivemos o ensejo de comprovar pelo exame efetuado, são também dignas de serem postas em destaque.

Queremos nos referir, em primeiro lugar, a constatação do sinal de Dance. Poucas vezes aludido, é para muitos um sinal inconstante; quer nos parecer que, ignorado pela maioria, êle não é convenientemente nem sistematicamente pesquisado. Ramond afirma, que este sinal é certamente mais frequente e mais fácil de constatar, que o sinal do "boudin".

O sinal de Dance, é esta depressibilidade anormal da fossa iliaca direita, que pela apalpação dá-nos a sensação de vazio. Verifica-se isto, em consequência do deslocamento do cecum e colon ascendente, de suas posições, arrastados que são, pelos segmentos invaginados, ou porque constituem êles mesmos, o "boudin" de invaginação. Wortmann não lhe dá valor, pois que para êle, as alças delgadas rapidamente tomariam o lugar do cecum e do ascendente. No entanto, insurge-se contra isto o professor Rodriguez Rocha de Montevideo: a sensação não seria a mesma, o cecum e o ascendente dão uma impressão característica, distinta. Soares Hungria, Mondtlin e Bertacchi de São Paulo, assim se expressam ao constatarem, em um caso de invaginação intestinal, a presença deste sinal: palpa-se a parêde posterior da fossa iliaca direita, não se verificando pelo deslize, ressalto nenhum, indicando a presença de algum orgão.

De fato, examinado o nosso doente, verificamos que a fossa iliaca direita, era facilmente depressível, dando-nos a impressão que atingiamos a parêde posterior, sem que nada se interpuzesse entre esta e parêde abdominal anterior. Em virtude da grande extensão do segmento intestinal invaginado, conforme verificação feita pelo ato operatório, o cecum teria sido levado para outra região.

Mondor cita o caso de Tanasescu, em que este sinal era bem perceptível; não sómente a depressibilidade da fossa iliaca direita, mas toda a metade direita do abdomen, parecia se dirigir para o hipocondrio esquerdo.

A localização da afecção, considerando as diversas formas de invaginação, segundo o segmento em que se opera a intussuscepção, é também digna de registro, pois que a invaginação colo-cólica, formada exclusivamente á expensas do grosso intestino, é uma fórma de excepcional raridade, figurando nas estatísticas com uma porcentagem de 2%. Mais encontradizas são as formas ileo-cecal e ileo-cólica; são as mais frequentes, constituindo, por assim dizer, formas mixtas, podendo se opor ás formas puras, formadas á custa do delgado ou do grosso intesti-

no isoladamente. A ileo-cecal representa a fôrma mais frequente, quasi que a fôrma ordinária da invaginação intestinal. A fôrma ileo-cólica é mais rara. A forma ileal ou entérica pura se encontra em 5% dos casos.

Outra particularidade interessante, é o aparecimento relativamente precoce do sinal de Cruveillier, ou seja a evacuação sanguinolenta. Conforme já dissemos, se apresenta no adulto passadas 48 horas. Aquí foi observado nas primeiras 24 horas, explicavel, certamente, pela localização baixa da intussuscepção.

Em razão da sua freqüência, (em 97% dos casos) a hemorragia intestinal na invaginação é um sinal de extraordinário valor, adquirindo um caráter quasi patognomônico, o que levou Ombredanne a enunciar para a criança uma equação tornada clássica: Sinais de oclusão intestinal, mais emissão de sangue pelo anus, é igual a invaginação intestinal.

Algumas palavras, agora, sôbre o exame radiológico nas invaginações intestinais.

Poderoso auxiliar da clínica na elucidação e confirmação de um diagnóstico, o exame radiológico, invadindo todos os setores da medicina, também veio prestar seu valioso auxílio na cirurgia de urgência. Compreende-se facilmente a alta significação do seu emprego, nos quadros de ventre agudo, onde é mister o estabelecimento de um diagnóstico oportuno o mais cedo possível, quando apenas os sinais clínicos permitem suspeitar de tal ou tal afecção. Contribuiu assim a radiologia, autorizando indicações operatórias precoces e exatas, para a melhoria das estatísticas neste terreno da cirurgia.

Multiplicam-se cada vez mais as observações radiológicas em casos como os de perfurações gastro-duodenais, ileus biliar, oclusões intestinais, etc.. Porém, onde os resultados tem sido mais brilhantes, mais frequentes os exames, é sem dúvida, nos casos de invaginações intestinais. dada a facilidade em obter clichés com imagens perfeitamente características.

Foi Lehmann em 1914, que iniciou o emprego da radiografia nas invaginações, tendo sido os primeiros exames, procedidos no adulto. Para muitos autores, este exame viria retardar a intervenção na criança, agravando o prognóstico, e como tal contraindicam-no; entretanto, isto não se verificaria para o adulto, onde podemos agir sem precipitação, com mais calma, devido a evolução mais lenta.

Inumeras são as imagens encontradas durante estes exames radiológicos, correspondente ao aspeto que toma a coluna de bario, quando entra em contato com a cabeça da invaginação, verdadeiro molde da extremidade inferior do "boudin".

Aconselha Béranger, que por serem muito variáveis e transitórias, as imagens devem ser procuradas debaixo da pantalha e não pela radiografia, sendo que a imagem de uma simples detenção da coluna opaca, não se pode dar maior significação; convém então, esperar breves instantes, para ver si se modifica, pois há afecções capaz de determiná-las, tais como as entero-colites, as obstruções (tumores, bridas, etc.) e os espasmos intestinais.

Dentre estas imagens distinguem-se como características, por serem mais frequentes, as duas seguintes:

a) **IMAGEM EM COCAR**: representada por um centro branco estriado, circunscrito por uma orla negra, quando a imagem é obtida de face, muitas vezes apresentando um ponto central escuro.

b) **IMAGEM CUPULIFORME**, si se apresenta de perfil: a cupula é a cabeça e as vertentes, os lados da cupula, são dadas pelo bario insinuado ao redor do intestino invaginado.

Si passa um pouco de liquido opaco, pelo orifício do intestino invaginado, teremos ainda, correspondendo ao meio da cupula, uma sombra afilada, mais ou menos sinuosa: é a imagem em tidente, muito rara.

Quando a parada da coluna opaca não forma uma linha regularmente concava, mas apresenta-se com duas pequenas linguetas opacas, nas extremidades da imagem de amputação, resultado da insinuação da barita ao redor do intestino invaginado, temos a imagem em bidente. Foi esta a imagem que obtivemos em nosso caso, resultado talvez, da pouca pressão do liquido opaco, pois foi ele introduzido com uma pera de cautehoue, e não com irrigador.

Outras imagens achadas são: imagem em crescente, em tenáz de lagosta, em lacuna, em bolha, aspeto de amputação, etc....

Afim de facilitarmos a compreensão da formação destas diferentes imagens, reproduzimos aqui o esquema de Ombredanne.

O lavamento baritado, permite, pois, ao cirurgião, fundamentar um diagnóstico de certeza; além disso, o exame, localizando o sítio do obstáculo, orienta o operador na escolha da laparotomia, beneficiando imensamente o acto cirúrgico.

Outro assunto que vem tendo cada dia maior incremento entre os cirurgiões, é a utilização do enema baritado, não com meio diagnóstico, mas como método terapêutico. Foi Poulighen na França, quem pela primeira vez conseguiu assim, reduzir sob o ecran, uma invaginação intestinal. Sobre este ponto não nós ocuparemos.

Concluindo, podemos resumir: é um erro dizer que a invaginação intestinal no adulto tem sempre uma evolução crônica; pode se manifestar sob uma forma aguda. Não devemos, entretanto, esperar por uma sintomatologia tão característica como a da criança. Apresenta-se quasi sempre com forma atípica, com quadros clínicos incompletos, si bem que, como no nosso caso, possa também revestir uma sintomatologia pura.

Quanto ao exame radiológico, pensamos que o lavamento baritado, deve ser definitivamente adotado, pois constitue um gráu de progresso no tratamento da invaginação intestinal, ao permitir um diagnóstico preciso, antes que outros sintomas se manifestem. A proposito, reproduzimos aqui a formula de Poulighen, enunciada para a invaginação na criança, e se verdadeira para esta, com maior soma de razões para o adulto, onde os sintomas capitais se apresentam, tardiamente: "Dans un cas douteux, ne présentant, que de coliques d'invagination, l'idée reflexe du praticien doit être la hâte du lavement baryté e non pas l'attente du la selle sanglante."

Analises de revistas

O descolamento obstétrico da epifise superior do umero — Lucien Michel (Lyon) — *Revue d'Orthopédie*, n.º 3, maio 1937, pág. 201.

E' um caso que o A. teve a oportunidade de apresentar ao Congresso da Soc. Francesa de Ortopedia de 1935, em Bruxelas, e que insiste novamente por as radiografias serem uma documentação de prova, e, tambem, por haver pouca literatura, sobre o assunto. O descolamento obst. da epif. sup. do umero é um facto incontestado, contrariamente á opinião de muitos autores francêses. Ultimamente, Poli, Faldini, Scaglietti e Fresari, têm contribuido com varias observações clinicas e experimentais

Frequência. — E' muito pouco freqüente, muito menos que o descolamento juvenil considerado como o equivalente da luxação da espádua dos adultos.

Patogenia. — Deve-se tomar em consideração “duma parte a fixação da cintura escapular fetal na cintura pelvica materna; doutra parte, a constituição intrinseca do bloco epifisário”. De acôrdo com a constituição cartilaginosa do bloco epifisário umeral, pode haver a possibilidade do descolamento por meio do aparelho capsulo-ligamentoso, sem a interferencia muscular. O descolamento pôde ser ad peripheriam, rotação interna da diafise e rotação externa da epifise; ou, ad latus, quando ha rotura do periostio, com adução de diafise.

Etiologia. — E' comum com a paralisia obstétrica. Diversas distocias realisam as condições patogenicas.

Anatomia patologica. — O descolamento pôde ser parcial e subperiostico, ou total e acompanhado de larga rotura periostica com subluxação da extremidade diafisaria. A rotação dos fragmentos se faz em sentido inverso; externa para a epifise e interna para a diafise. O sentido do descolamento lateral é variavel conforme as ações traumatizantes, mais que das disposições anatomicas, podendo a diafise ficar em abdução ou adução.

Sintomatologia. — O quadro clinico pôde apresentar-se completo: parto distocico por versão; membro pendente ao longo do corpo, com rotação interna; espádua aumentada de volume; equimose á face anterior da axila; braço em rotação interna e ligeira abdução; inerte;

crepitação (de neve) fina; mobilidade anormal; cabeça umeral no lugar; limitação da rotação externa, que é dolorosa. Corresponde aos descolamentos completos, em que a radiografia mostra a palheta umeral luxada para cima e lateralmente (para dentro ou para fóra), são as luxações diafisioepifisárias extraglenoidéas.

Nos descolamentos incompletos e subperiosticos os sinais se reduzem: a impotencia do braço, simulando no inicio a uma paralisia flaccida, seguida logo de uma contratura da espadua, o braço se fixa em rotação interna contra o tronco, com o antebraço em pronação; abdução e rotação externa limitadas; espadua dolorosa; não ha equimoses. — As radiografias revelam: ora uma sub-luxação diafisioepifisária paraglenoidéa em que a palheta umeral se acha em face da glenoidé, porem o seu eixo se dirige, para cima, para o acromion, ou, para baixo para a coracoidé; ora uma distorsão diafisioepifisária intraglenoidéa, em que a imagem radiografica é muda nos primeiros dias, porém, ulteriormente, mostra um calo ósseo regular.

Evolução. — A consolidação póde fazer-se em 15 a 20 dias. O A. especifica depois as sequelas e as complicações.

Diagnostico. — De inicio, se deve pensar na fratura diafisária, alta, que a radiografia elimina com a luxação traumática, que não existe no recém-nascido nem na criança. Nas primeiras semanas, pelas radiografias que mostram um calo envolvente, se afastam a distorsão ou contusão simples da espadua e a paralisia obstétrica. Nos primeiros meses, o diagnostico se fará facilmente com as epifisites infecciosas agudas e a pseudoparalisia de Parrot. Mais tardiamente ainda, na criança e no adolescente, o diagnostico se fará com as sequelas da paralisia obstétrica. A luxação congenita da espadua deveria ser considerada no diagnostico diferencial, uma vez que a sua existencia é muito discutivel.

Tratamento. — Quando o diagnostico é feito nos primeiros dias, é preciso reduzir, e a manobra classica consiste em colocar o braço em rotação externa e abdução a 90°, com o cotovelo flexionado em angulo réto. Fixa-se em seguida esta attitude por um aparelho. E' empregada quando ha uma rotação simples, ou um descolamento lateral para cima e para fóra. A abdução do braço é prejudicial nos descolamentos para baixo e para dentro; que são reduzidos, após identificação radiografica, por uma rotação externa e pressão sobre a extremidade diafisária, de maneira a se obter a redução que é atestada por um verdadeiro ressalto. Depois, fixa-se em ligeira abdução, interpondo um coxim entre o braço e o torax, por meio duma faixa de Velpeau. A contenção será mantida continuamente durante 8 dias, e depois retirada uma vez por dia, durante um mês, para a limpeza da pele.

Quando o diagnostico é feito tardiamente, Galeazzi aconselha a redução suave e progressiva pela tração por pesos (200 á 500 grs.) até a abdução-rotação externa a 90°.

Quando o diagnostico é feito na fase da sequela por attitude viciosa, o tratamento cirurgico consistirá na Osteotomia umeral de Mencière.

Todos esses tratamentos serão completados pela fisioterapia: mecânico e electroterapia conforme os casos.

E. J. Kanan.

A luxação traumática infero-interna da espadua —
Roger Petrigiani — Revue d'Orthopédie, n.º 3, maio
1937, pág. 223.

Após definir este tipo de luxação, mais raro que a luxação antero-interna, o A. propõe a seguinte classificação:

Luxações anteriores..	{	altas intraglenoidéas	{	supracoracoidéa
		baixas sub e intra-	}	infero-interna
		glenoidéas		
Luxações inferiores..	{	sub-glenoidéa	}	l. erecta.
		infra-glenoidéa		
Luxações posteriores.	{	sub-espinhosa	}	
		retro e infratricipital		
		sub-acromial		
Luxações superiores..	{	intra-coracoidéa	}	

São as seguintes as conclusões a que chegou:

“Sob o nome de luxação infero-interna nós propomos designar um tipo relativamente raro de luxação traumática da espadua que, mesmo pertencendo á variedade subglenoidéa, se aproxima em certos pontos da variedade antero-interna.

E' caracterizada:

1.º — Pela **situação** ao mesmo tempo inferior e interna da cabeça em relação á cavidade glenoide.

2.º — Pelo **bloqueio** da cabeça abaixo do rebordo glenoide ao nível duma perda de substancia constante troquiniana.

3.º — Pela **solidariedade** da omoplata e do umero com basecula do bloco capito-escapular, basecula que diminue ou suprime a abdução tão característica das luxações subglenoidéas classicas.

4.º — Pela **constancia** duma **fratura da grande tuberosidade** e a relativa frequência das **complicações nervosas** (cubital).

E. J. Kanan.

Um caso de luxação congênita da rotula para fóra, com rotação de 90° do eixo dos dois ossos da perna sobre o eixo do femur. — Jean-Louis Mencièrè. —
Revue d'Orthopédie, n.º 3, maio 1937, pág. 239.

Trata-se dum menino de 12 anos que apresentava além de luxação congênita da rotula para fóra, uma rotação de 90° para fóra dos ossos da perna (em vez duma simples rotação externa), com leve flexão da perna e um pequeno geno-valgo. Havia uma integridade relativa do quadriceps.

Em um 1.º tempo praticou a tenotomia do longo biceps, do semitendinoso e do semimembranoso, e depois fez a transposição do aparelho rotuliano para deante, segundo a técnica de Albert Mouchet.

Em um 2.º tempo, 2 meses depois, realizou uma osteotomia da tibia e depois uma osteotomia do peroneo, de maneira a colocar a perna no mesmo eixo da côxa; goteira gessada durante 30 dias.

Resultado: muito bom.

E. J. Kanan.

Um caso de fratura irreductível do colo cirurgico do umero num adolescente. — Valentim Charry —
Revue d'Orthopédie, n.º 3, maio 1937, pág. 244.

Trata-se duma fratura do côlo cirurgico do umero, por traumatismo dirêto (quêda), num menino de 15 anos. Após duas tentativas infrutíferas de redução incruenta, sob anestesia, o A. resolveu intervir 5 dias depois do acidente, empregando a via de acêso deltopeitoral. O tendão do longo biceps achava-se metido entre os dois fragmentos que, uma vez libertado, permitiu a redução e o afrontamento dos dous extremos fragmentarios. Em seguida, procurou imbricar fortemente as trabeculas ósseas ao nível da fratura, dando alguns golpes de malho sobre a face posterior do cotovelo flexionado e protegido por algodão.

O A. lembrou essa técnica comparando-a com as outras, que apresentam alguns inconvenientes: protese metálica; encavilhamento central, implantação da extremidade diafisária no massiço epifisário, manutenção dos fragmentos por meio dum enxerto tibial implantado no leito que atravesse lado a lado os fragmentos, suturas por feixes de crinas transosseas ou por outro material, o parafusamento vertical diafiso-epifisário.

E. J. Kanan.

Luxação rétrocotiloidéa pura traumatica da anca: seu diagnostico radiologico — Louis e Paul Dambrin - Revue d'Orthopédie, n. 3, maio 1937, pg. 248.

E' um homem que sofre um tramautismo de automovel, apresentando uma sintomatologia de luxação supero-externa do quadril: adução, semiflexão, rotação interna. A radiografia da face revelou uma rotação da cabeça femural com encurtamento do cólo, **sem evidencia de luxação**. A radiografia de perfil mostrou uma luxação rétrocotiloidéa pura da anca, e explica os sinais apresentados. O A. salienta a importancia da radiografia de perfil tão pouco usada nas afecções traumaticas do quadril.

E. J. Kanan.

Fratura por decapitação do grande osso com deslocamento dorsal do corpo do osso simulando um deslocamento carpico. — J. Pervès, A. Rigaud e L. Badelon — Revue d'Orthopédie, n.º 3, maio 1937, pág. 251.

E' um rapaz de 20 anos que escorrega, caindo sobre a mão em hiperflexão dorsal, apresentando um punho espessado e edemaciado, mão imovel, formigamentos no dominio do cubital e mediano. A radiografia de face revelou uma fratura do escafoide em varios fragmentos, e outro do grande osso com o semilunar idene. A de perfil mostrou que o corpo decapitado do grande osso se deslocou para trás, ficando a cabeça na concavidade do semilunar. Redução sob anestesia e gesso. Um mês mais tarde, não apresentava perturbação da sensibilidade ou motricidade dos dedos, porém os movimentos de flexão e extensão dos punhos estavam limitados. A radiografia mostra uma grande descalcificação do carpo e extremidade radial, cubital e metacarpica. A cabeça do grande osso, libertado de qualquer inserção ligamentosa, por ocasião da redução foi expelida para diante pelo corpo; sem circulação, morre, carregando-se de calcio, e podendo confundir-se como um segundo pisiforme mais externo, si os ligamentos tivessem cedido na hiperflexão dorsal, seria todo o grande osso que se deslocaria para trás.

A correção das deformações ósseas no pé talo-paralítico — Um processo de ressecção médiotarsica e subastragálica com retropulsão do pé e escórea escafoidéa. — Pierre Bertrand — Revue d'Orthopédie, n.º 3, maio 1937, pág. 254.

O A. estuda as deformações ósseas no pé talus, e cita as principais operações de correção: osteotomia do calcaneo, ressecção cuneiforme

dorsal na médiotarsica, dupla ressecção, cuneiforme dorsal na médiotarsica e cuneiforme posterior na subastragálica, operação de Robert Jones, operação de Whitman.

A intervenção que utiliza deriva do estudo e da experiência destas diversas operações. É uma dupla ressecção médiotarsica e subastragálica com retropulsão do pé e formação duma escóia anterior escafoideia. Prática uma incisão arciforme, partindo de trás do maleolo externo e se recurvando adiante sobre o dorso do pé. Os tendões dos peroneiros e extensores são isolados e afastados. Abre-se a médiotarsica e resseca-se a cabeça e o cólo do astragalo, e apenas as superfícies articulares do calcâneo, escafoide e cuboide. Em seguida, depois de aberto a articulação subastragálica^a ressecam-se apenas as superfícies articulares superiores do astragalo e faz-se uma ressecção cuneiforme do calcâneo de base posterior. Si fôr necessário far-se-á um encurtamento do tendão de Aquiles e uma aponevrotomia plantar complementar. Gesso durante 2 meses. Esta operação assegura uma boa retropulsão do pé como na de Whitman, porém sem movimento de lateralidade e com bom funcionamento da tibiotarsica.

E. J. Kanan.

Productos do Laboratorio de Biologia Clinica, L^{tda.}**Medicados pela illustre classe medica**

- Vitamina** — Farinha alimentar por excellencia.
- Néo-Vitamin** — Tonico de extracto de frutas e vegetaes.
- Insulina** — Diabetes.
- Synergon A. B. C.** — Blenorragia e complicações em ambos os sexos.
- Fermento tridigistivo** — Perturbações digestivas.
- Sôro Lipotonico (Mef)** — Tonico do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Sôro Liposedativo (Mef)** — Tonico e calmante do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Ovariomastina** — Dysmenorrhœa (comprimidos e amp.)
- Glandula Pituitaria** — Inercia uterina e intestinal (compr. e amp.)
- Lipocholepatina** — Tuberculose (ampolas).
- Cholepatina** — Affecções do figado e vias biliares.
- Gl. Thyreoide** — Insufficiencia thyreoidiana.
- Choleiactina** — Desordens intestinaes.
- Encephalina** — Tonico nervino (compr. amp. e extracto).
- Polyendocrínico** — insufficiencias das glandulas associadas.
- Hemosplenina** — Paludismo. Anemias geral.
- Pancreas** — Insufficiencia pancreatica. Diabetes.
- Renina** — Diuretico por excellencia (compr. e amp.)
- Suprarenal** — Insufficiencia da gl. suprarenal.
- Orchidan** — Fraqueza sexual (compr., amp. e extr.)
- Extracto hepatico** — Insufficiencia hepatica.
- Lipocarbisan (A. B. C.)** — Syphilis e suas manifestações.
- Bismarsen** — Syphilis e suas manifestações.
- Quinoparsen** — Impaludismo.
- Panlaxil** — Prisão de ventre.
- Biotoxil** — Opothérapie associada nos estados toxi-infecciosos.
- Iopepsan** — Medicação iodo-iodetada peptonada em extracto poly-opo-therapico digestivo glicerinado. Arterioesclerose, hipertensão arterial — arterites especificas — linphatismo e obesidade.
- Thyroluteina** — Perturbações da menstruação.
- Vaccinas "WRIGHT", etc., etc.**
- Nutrosan** — Biscoitos calcificantes — Caseinato de calcio e feculentos. Alimentação infantil além dos seis mezes. No decurso de gravidez e de amamentação. Acção alimentar. Fixação do calcio.
- Vitamina** — Injectavel. Extractos concentrados de vitaminas. A vitaminoses, escorbuto, cachitismos, polyneurites. Enfraquecimento, convalescença.
- Extracto Hepatico** — Injectavel. Opothérapie hepatica. Indicado nas affecções hepaticas, da vesicula biliar, dyscrasias hemorragicas etc.
- Biocalcio** — Opo-calcio-nucleino-phosphatado (granulado). Descalcificação e desmineralisação de certas toxi-infeccões, periodos de crescimento, convalescenças, esgotamento nervoso, affecções osseas.
- Ioformil** — Iodeto de urotropina benzosodico. Arterio-esclerose, cardionephro-esclerose, toxi-infeccões, syphilis congenita ou adquirida tardia, rheumatismo, lymphatismo.
- Néohemosteno** — Anti-anemico intensivo e completo: Ferro — Cobre — Poliopoteraia.

Direcção scientifica:

Dr. Mario Pinheiro (Director) -- Dr. Helion Póvoa (Assistente)

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Bahia e Recife

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

Francisco de Revorêdo Barros - Rosario, 609