

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

Apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

*em 31 de Outubro de 1905 e deffendida
em 26 de Janeiro de 1906*

PELO

Dr. Miguel Julio Dantas Salles

Natural do Rio Grande do Norte

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA PROPEDEUTICA
DA PALLESTHESIA

PROPOSIÇÕES

*Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias
medico-cirurgicas*

RIO DE JANEIRO

Papelaria CENTRAL de José Ayres & C.—Rua da Quitanda 116

1905

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

Apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

*em 31 de Outubro de 1905 e deffendida
em 26 de Janeiro de 1906*

PELO

Dr. Miguel Julio Dantas Salles

Natural do Rio Grande do Norte

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA PROPEDEUTICA
DA PALLESTHESIA

PROPOSIÇÕES

*Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias
medico-cirurgicas*

RIO DE JANEIRO

Papelaria CENTRAL de José Ayres & C.—Rua da Quitanda 116

1905

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR — Dr. Luiz da Cunha Feijó Junior.
 VICE-DIRECTOR — Dr. Cypriano de Souza Freitas.
 SECRETARIO — Dr. Eugenio do Espirito Santo de Menezes.

LENTESES

DRS. :	
Tibúrcio Valeriano Pecegueiro do Amaral....	Chimica medica.
João Joaquim Pizarro.....	Historia natural medica.
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost.....	Histologia.
.....	Physiologia.
Antonio Maria Teixeira.....	Materia medica, pharmacologia e arte de formular.
Rodolpho Galvão.....	Bacteriologia.
Pedro Severiano de Magalhães.....	Pathologia cirurgica.
Augusto Brant Paes Leme.....	Anatomia medico-cirurgica.
Domingos de Góes e Vasconcellos.....	Operações e aparelhós.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré.....	Pathologia medica.
.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
Henrique Ladislau de Souza Lopes.....	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Ernesto do Nascimento Silva.....	Medicina legal e toxicologica.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene.
João da Costa Lima e Castro.....	Clinica cirurgica — 2ª cadeira.
Luiz da Costa Chaves Faria.....	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Miguel de Oliveira Couto.....	Clinica propedeutica.
Marcos Bezerra Cavalcanti.....	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
.....	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu.....	Clinica medica — 2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica pediatria.
Nuno de Andrade.....	Clinica medica — 1ª cadeira.
João Martins Teixeira.....	} Em disponibilidade.
Antonio Rodrigues Lima.....	

SUBSTITUTOS

DRS.	
Luiz Antonio da Silva Santos.....	1.a Secção.
Antonio Dias de Barros.....	2. ^a »
Oscar Frederico de Souza.....	3. ^a »
.....	4. ^a »
Francisco de Paula Valladares.....	5. ^a »
Pedro de Almeida Magalhães.....	6. ^a »
Antonio Teixeira do Nascimento Bittencourt..	7. ^a »
Augusto de Souza Brandão.....	8. ^a »
Francisco Simões Corrêa.....	9. ^a »
José Antonio de Abreu Fialho.....	10. ^a »
.....	11. ^a »
Marcio Filaphiano Nery.....	12. ^a »

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

PREFACIO

As applicações do diapasão têm tomado nesses ultimos annos uma tal amplitude em propedeutica quer medica quer cirurgica que actualmente se torna impossivel em uma these de doutoramento, portanto em o curto prazo de poucos mezes, resumir o que ha sobre o assumpto sem sacrificio deste.

Fazendo da *pallesthesia* o thema de nossa these, temos escolhido justamente a parte mais interessante e tambem a mais controvertida sobre os usos do diapasão em medicina.

Era nosso intento, em materia tão discutida, concluir com observações nossas; porém, infelizmente, á falta do instrumento explorador cujo pedido feito para a Europa não foi satisfeito até essa data, vimo-nos obrigados a beber em manancial alheio.

O assumpto de nossa these nos foi suggerido pelo sabio professor Dr. Miguel Couto, a quem fazemos nossos votos da mais sincera estima pelos numerosos favores que se dignou prestar-nos.

Um outro nome que não podia ser esquecido aqui, sem faltar com a gratidão e a justiça, é o do Dr. Henrique Duque Estrada, a quem ainda uma vez nos confessamos summamente grato.

DISSERTAÇÃO

DISSERTACAO

CAPITULO I

Do diapasão em geral.—Leis das vibrações.—Dos diapasões empregados em medicina, suas modificações e estudo critico.—Usos do diapasão em propedeutica

O termo diapasão vem do grego *διὰ*, através, e *πασων* tons, isto é, todos os tons, porque a oitava abraça todas as notas do systema perfeito. (1)

« Esta palavra tem sido applicada pelos fabricantes de instrumentos de musica a certas mesas onde são marcadas as medidas destes instrumentos e de todas suas partes. »

« Chama-se ainda diapasão a extensão conveniente a uma voz ou a um instrumento. »

(1) Rousseau em seu dictionario de musica (pag. 237, tomo 1º) diz que o diapasão é um termo da antiga musica pelo qual os gregos exprimiam o intervallo ou a consonancia da oitava. A oitava é o intervallo comprehendido entre sete notas de uma escala, e é composta de cinco tons e dois meios tons.

E' attribuida a Shore, clarim na musica de Georges de Inglaterra (1711) a idéa do diapasão.

Deixaremos de lado quaesquer considerações de ordem musical que são aqui extemporaneas, para encarmos o assumpto no que nos toca mais de perto.

O diapasão não é mais do que uma verga ⁽¹⁾ recurvada em seu meio e vibrando transversalmente. São justamente essas vibrações transversaes proprias do diapasão e das vergas em geral, que possuem mais as vibrações longitudinaes e gyratorias, as mais interessantes para o medico.

As leis das vibrações do diapasão foram primeiramente estudadas por Mercadier em um diapasão cujos ramos tinham secção rectangular. Este diapasão era animado por um electro-iman, e suas vibrações eram registradas sobre um cylindro gyrante, ao lado das oscillações de um pendulo.

As dimensões do instrumento eram mudadas por meio de uma lima.

Mercadier, tendo contado a sua largura perpendicularmente ao plano dos ramos, e a espessura parallelamente a este plano, chegou ás leis seguintes :

1^a o numero de vibrações é independente da largura;

2^a este numero é proporcional á espessura, suppondo-se que todas as secções sejam eguaes, mesmo na parte curva;

3^a este numero está na razão inversa do qua-

(1) A verga é uma corda absolutamente rigida.

drado do comprimento, augmentado de uma pequena quantidade que não excede o centesimo, tomando por comprimento a projecção dos ramos sobre a linha mediana que divide o instrumento em duas partes eguaes.

Estas leis das vibrações num diapasão prismatico, podem ser representadas pela formula seguinte :

$$N = K \frac{e}{(L + y)^2} \text{ ou } n = k \frac{e}{(1,012 L)^2}$$

em que n é o numero de vibrações, e a espessura, l o comprimento da projecção sobre a linha mediana, y o comprimento total dos dois ramos desenvolvidos, e K uma constante, que para o aço, foi encontrada egual a 818270.

Esta formula pouco differe da que representa as vibrações das vergas rectas.

Mercadier ainda verificou o augmento da duração das vibrações com a amplitude e a temperatura do instrumento. Esta ultima agindo sobretudo pelas modificações que imprime na elasticidade do diapasão.

É' preciso notar que o numero de vibrações é independente da dimensão da verga no plano perpendicular ao plano determinado pelos eixos dos ramos.

A's leis de Mercadier pôde-se accrescentar a seguinte :

O numero de vibrações de um diapasão é directamente proporcional á raiz quadrada do coefficiente de

elasticidade e inversamente proporcional á raiz quadrada do peso especifico.

Si considerarmos que os diapasões usuaes em nossas observações são fabricados com o mesmo material, e que portanto a distincção entre a raiz quadrada do coeﬃciente de elasticidade e o peso especifico deve ser quasi nulla, vemos que apenas restam duas condições influindo no numero de vibrações, isto é, a espessura e o comprimento do diapasão.

E' mister notar que a intensidade e duração da sensibilidade vibratoria, não depende apenas do numero de vibrações.

O mesmo faremos observar com relação á altura do tom. E' assim que, comparando-se varios diapasões da mesma altura, chega-se á convicção de que a intensidade e duração da sensibilidade vibratoria não depende sómente da altura do som, mas da massa do diapasão e da distribuição desta massa de um lado, e de outro lado, da grandeza da amplitude das vibrações.

Duas outras leis relativas á energia e á transmissão das vibrações devem ser aqui mencionadas.

1.^a *Lei da energia vibratoria.*—A energia de uma vibração cresce com a densidade do corpo vibrador. Assim, um diapasão de aço tem uma energia de vibração maior do que um diapasão de madeira.

2.^a *Lei da transmissão das vibrações.*—A transmissão das vibrações é tanto maior quanto mais perfeita fôr a homogeneidade entre o corpo gerador e o corpo conductor das vibrações.

Assim, os corpos solidos transmittem suas vibrações perfeitamente a outros corpos solidos, e tanto peor a outros meios quanto mais estes se afastarem do estado solido.

Estudando a sensibilidade vibratoria, em outros termos a sensibilidade ossea ou pallesthesia, Rydel e Seiffer chegaram a determinar o limite superior desta especie de sensibilidade, que é de cerca de 500 vibrações por segundo. Para baixo as vibrações ainda eram claramente percebidas até 16 vibrações por segundo.

Para a obtenção deste resultado, Rydel e Seiffer se utilisaram dos diapasões da serie de sons de Bezold, os quaes são constituídos de modo que, pela collocação de pesos moveis ou estojos em seus ramos e por deslocamentos dos mesmos, podem produzir sons de alturas differentes.

Os diapasões usados em medicina apresentam, conforme a natureza de pesquisas a que elles se destinam, algumas modificações mais ou menos complexas, sem entretanto perderem sua verdadeira fórma.

Nos diapasões de uso em otologia as modificações são muito simples. São elles, regra geral, prismaticos, raramente cylindricos, e trazem em seus ramos pequenos estojos fixados por parafusos.

Estes estojos têm por fim supprimir a maior parte dos sons harmonicos, o que permite praticar o exame com o som fundamental unicamente, som que varia segundo o deslocamento que se faz experimentar aos estojos.

Assim, o som torna-se mais grave quando se aproximam estes estojos da extremidade livre e mais agudo se os levam para o pé. Influe também na altura do som o peso dos estojos. Quanto mais pesados forem os estojos mais grave é o som (Kolàcèk, Kiesselbach).

Assim, si deslocarmos de cima para baixo estojos de peso medio, obtemos as notas fa, sol, la, si; com estojos duas vezes mais pesados temos ré, mi, fa, sol, la, si.

E' sempre o som mais grave dependente do peso dos estojos, emquanto que o som mais elevado parece ser o som proprio do diapasão.

Estes diapasões, de uso em otologia, possuem um grande numero de vibrações, o que nos permite avaliar o poder auditivo dos individuos, que normalmente só percebem as vibrações comprehendidas entre 32 e 73000.

O diapasão utilizado na exploração de certos orgãos, como um processo similar á percussão, á radioscopia, etc., e proposto por Mignon em uma memoria apresentada á Academia de Medicina de Paris e da qual foram relatores Gley e Bouchard, em nada differe do diapasão empregado em otologia.

Onde vamos encontrar maiores differenças é nos diapasões empregados na exploração da pallesthesia. Elles já existem em grande numero, cada autor apresentando tal ou qual modificação.

Em 4 de Fevereiro do anno passado, em uma sessão da Sociedade de Neurologia de Paris, a questão dos typos de diapasões que melhor convinham á explo-

ração da pallesthesia, veio á scena, sem entretanto se chegar a um accôrdo.

Entre os diapasões de uso na pallesthesia temos : o de Gradenigo, de Rydel e Marie ⁽¹⁾, de Minor, de Egger, de Bonnier, de Rumpf, de Treitel, de Viviani, de Sforza, de Dwoïtschenko, de Williamson. Estes ultimos apenas differem entre si pelo numero de vibrações, comprimento dos ramos e peso que variam para cada um delles.

O diapasão de Gradenigo, construido em Berlim sob as indicações de Rydel e apresentado ao Congresso de Otologia de Londres em 1897, é um diapasão commum, dando 64 vibrações em sua apresentação inicial.

Elle é munido de pesos collocados em seus ramos, pesos estes que mantêm um pedaço de papel com uma figura geometrica ou melhor um triangulo isosceles de altura relativamente consideravel, pintado de preto sobre fundo branco.

Durante as vibrações, os contornos do triangulo se apagam e se desenhram dois triangulos mais pallidos collocados um ao lado do outro.

Com a diminuição da amplitude das vibrações, os dois triangulos se fundem em um que apparece negro entre dois mais claros e cuja altura augmenta á medida que as vibrações se tornam mais superficiaes.

Para a medida da sensibilidade vibratoria por este diapasão, verifica-se, no momento em que o paciente accusar a abolição da sensação, a altura do triangulo negro.

(1) Apresentado á Sociedade de Neurologia de Paris na sessão de 3 de Dezembro de 1903.

Os diapasões de Rydel e Seiffer, dos quaes um dá 64 e outro 96 vibrações por segundo, são muito semelhantes a este. Possuem elles egualmente uma figura optica que é tambem um triangulo dividido por oito traços transversaes. São do mesmo modo munidos de pesos em seus ramos. Todo o instrumento pesa 100 grammas e tem 23 centimetros de comprimento. O pé de ebonita evita qualquer influencia thermica.

O aparelho de Rydel e Marie tem de interessante um indice optico graduado, que permite avaliar a duração da sensibilidade vibratoria.

O de Minor é o mesmo diapasão de Rydel e Seiffer com o dispositivo optico de Gradenigo, differindo apenas deste em que a vibração é ininterrupta graças a um electro-iman.

O diapasão de Egger, construido em Paris por Lancelot, pesa 500 grammas, tem cada ramo 25 centimetros de comprimento e dá 128 vibrações por segundo.

Elle termina por um pé arredondado bastante estreito para poder, deprimindo os tecidos molles, approximar-se da saliencia ossea a explorar.

O diapasão de Bonnier, apresentado em 18 de Março de 1898 a Sociedade de Biologia, possui um dispositivo optico analogo ao de Gradenigo permittindo uma facil leitura.

Os outros diapasões acima citados não apresentam nada de particular; deixaremos de descrevel-os separadamente.

E' impossivel no estado actual da questão, isto é, na ignorancia em que nos achamos sobre a origem e

natureza da pallesthesia, fazer critica dos diapases que convêm ou não a esta ordem de pesquisas. Assim, os autores francezes, considerando a sensibilidade vibratoria como uma especie de sensibilidade peculiar ao tecido osseo, aconselham diapases massivos, de grande força de penetração, e terminando por um pé bastante estreito para, deprimindo as carnes, se pôrem em contacto menos mediato com o osso a explorar.

Os allemães, porém, considerando tal sensibilidade como uma fórmula de sensibilidade profunda, essencialmente diversa das outras e tirando ao osso qualquer influencia em sua genesis, recommendam diapases de pequeno peso, com um numero de vibrações relativamente pouco consideravel.

Pensamos, pois, que qualquer discussão a este respeito é inutil, si nós não sabemos certamente o que exploramos não podemos exigir do instrumento explorador requisitos puramente theoreticos e de accôrdo com o pensar de cada um.

A discussão entre Rydel, Egger e Bonnier, publicada na *Revue Neurologique* de 1904, vem corroborar o nosso juizo neste particular. Seria, si me é permittido fazer uma comparação, o caso, por exemplo, de varios operadores que, desconhecendo a séde exacta e a natureza de um orgão, pretendessem dictar leis sobre a construcção dos instrumentos necessarios para uma dada operação nesse orgão.

Emfim, um diapase que melhor convenha á exploração da pallesthesia ainda não existe, mas sem duvida

aquelles que permitem a medida da duração da sensibilidade em questão devem ser os preferidos.

Vem a proposito assignalar desde agora que é principalmente devido á diversidade dos diapasões exploradores a discordancia entre os resultados dos autores, razão pela qual este methodo ainda não foi introduzido na pratica com as vantagens que todos esperam d'elle.

O diapasão tem largo emprego em medicina, principalmente como elemento de diagnostico. Na pratica otologica elle é de uso corrente, já como meio diagnostico, já como meio curativo.

Sabemos que a descoberta das lacunas diatonicas é feita com a serie continua dos diapasões de Bezold; que a acuidade auditiva é medida com esse instrumento ⁽¹⁾, que a exploração da orelha interna do mesmo modo, emfim que uma surdez simulada pôde ser desmascarada com o diapasão.

Demais, o diapasão é um processo em uso para a reeducação physiologica da orelha, preenchendo as lacunas do campo auditivo.

Em clinica medica propedeutica os usos do diapasão não são menos importantes. E' assim que, pondo de parte o seu emprego na pallesthesia, o seu valor pôde ser comparado noutra ordem de pesquisas á percussão, á phonendoscopia, á radioscopia, á diaphanoscopia, etc., como elemento diagnostico digno de nota.

(1) Com este fim serve-se a principio do diapasão ordinario (La³), depois pôde-se recorrer a diapasões graves (La¹) ou diapasões agudos (La⁵) para saber si a orelha examinada não teria perdido a audição para esta ou aquella parte da escala dos sons.

E' o que resulta das investigações de Mignon (1).

Em propedeutica cirurgica conforme observações de Chiray e Muret (2) é o diapasão um elemento precioso no diagnostico precoce de varias affecções osteo-articulares. Compreende-se todo o alcance da precocidade de diagnostico em affecções desta natureza (coxalgias, mal de Pott, tumores brancos, etc., etc).

Chiray e Muret ácenam no mesmo artigo, baseados em um caso, o partido que se poderá tirar no diagnostico precoce das appendicites.

Como meio therapeutico, sem querer repetir o que acima ficou dito sobre a reeducação dos surdos, bastará citar aqui uma observação de Schtscherback. Era uma rapariga de 13 annos com signaes, na região thoracica e nos membros superiores, de uma dystrophia muscular progressiva, e nos membros inferiores de uma poliomyelite anterior progressiva e que, com algumas sessões de vibração do diapasão electrico, viu reaparecerem os reflexos e voltarem as funcções dos musculos.

(1) *Bulletin de l'Academie de Médecine* (1903).

(2) Sur un nouveau procédé de diagnostic précoce des affections ortheo-articulaires (*Presse médicale*, 1904).

CAPITULO II

Considerações geraes sobre as varias especies de sensibilidade. —

Pallesthesia: sua presença no homem são e seu comportamento no homem doente. — Valor em semiologia, sobretudo nervosa. — Origem e natureza da pallesthesia. — Suas vias de condução.

A sensibilidade geral pôde ser superficial e profunda ou segmentar. A primeira comprehendendo: a sensibilidade tactil, dolorosa, thermica, a de pressão e a electrica. A segunda comprehendendo: a muscular, a articular, a electrica muscular e a ossea.

A faculdade de reconhecer os objectos pela palpação, isto é, o sentido stereognostico não é um sentido especial como pretendem alguns autores, é uma associação, um complexo das diversas fórmulas de sensibilidades elementares provenientes da sensibilidade superficial e da sensibilidade profunda.

Nós pretendemos apenas tratar aqui desta variedade de sensibilidade profunda chamada ossea, encarando-a no individuo são e no individuo doente.

De ha muito tempo a medicina operatoria nos mostrando a extrema sensibilidade do periosteo e da medulla ossea para certas intervenções cirurgicas, bem como certas affecções cirurgicas tão dolorosas como as periostites, osteomyelites, etc., nos indicavam que o periosteo era pelo menos dotado da sensibilidade á dôr. Demais, a viva dôr produzida por um choque embora pequeno, sobre a crista da tibia vinha em favor da existencia desta especie de sensibilidade. A physiologia experimental tirava mesmo partido desta sensibilidade para a genesis dos reflexos.

O agente irritativo proprio para evidenciar esta sensibilidade inaccessivel ás impressões thermicas e tactis foi encontrado por Egger na vibração molecular, ou por outras palavras, nas vibrações ou na trepidação de um diapasão.

Antes de Egger, Rumpf em 1889 publicava no *Neurologisches Centralblatt* algumas pesquisas realizadas com uma serie de diapasões que davam de 13 a 1000 vibrações por segundo. Rumpf, que notára em varias partes do corpo o poder de differenciação diverso para estas vibrações, comparava o estimulo do diapasão vibrante ao determinado por uma corrente faradica.

Mais tarde, em 1897 Treitel, sem conhecer as pesquisas de Rumpf, e realisando em seus doentes de molestias de ouvido varias investigações, descobre uma

sensação especial de tremor transmittido aos seus dedos pelo diapasão vibrante.

Julgando-se em presença de uma especie de sensibilidade ainda não conhecida, procurou determinar, com varios diapasões e em diversas partes do corpo, a duração desta sensibilidade.

Suas experiencias feitas em individuos normaes e doentes (tabidos, polynevriticos) levaram-no á conclusão de que se achava realmente diante de uma sensibilidade especial, differente da tactil, talvez affim da sensibilidade á pressão e de um modo particular analoga á sensação especial determinada pelos tubos pulsateis de Bloch e de Goltz.

Só em 1899 Egger, discipulo de Dejerine, conta ter encontrado nas vibrações do diapasão o agente estimulante especifico da membrana periostica.

Sem conhecer os trabalhos de Treitel, praticou analogas experiencias, mas chegou a conclusões inteiramente differentes.

De facto, o que para Treitel era uma sensibilidade especial, e não propriedade de nenhum tecido especial, era para Egger e seu mestre Dejerine precisamente qualificado como uma propriedade da membrana periostica, e recebeu a denominação de *sensibilidade ossea*.

Mais tarde Dwoitschenko, Sforza, Viviani, chegam, após numerosas pesquisas, ás mesmas conclusões de Egger, isto é, fazem da membrana periostica o *substratum* exclusivo da sensibilidade vibratoria.

Antes dos trabalhos de Egger, as experiencias de Treitel foram refutadas por Noischewsky e Ossipow, os

quaes fizeram ver que aquelle autor, explorando a sensibilidade vibratoria, o fazia apenas roçando a pelle muito levemente e que desta sorte elle não conseguia senão estimular os pellos, pelo que a sensibilidade por elle explorada não era a vibratoria e sim a sensibilidade dos pellos. Tal refutação teve logar em 1898, numa sessão da Academia de Medicina de Moscou.

Em 1903 as experiencias de Egger foram repetidas e confutadas por Noischewsky que, negando ao osso ou melhor ao periosteo qualquer influencia na genesis da sensibilidade vibratoria, chega á conclusão de que são os troncos nervosos os agentes unicos desta percepção, e que, quanto mais superficial fôr o nervo, tanto mais clara é a percepção.

Esta hypothese soffreu por parte de Bechterew as mais severas criticas, numa notavel discussão em que elle terminava dizendo ser a sensibilidade vibratoria uma sensibilidade geral, propria de todos os tecidos e não uma sensibilidade peculiar aos ossos nem tampouco aos nervos.

Em Abril de 1903 apparecem Rydel e Seiffer nos *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (pag. 488) com um minucioso trabalho no qual, mostrando a divergencia de opiniões com relação á sensibilidade vibratoria, fazem ver a impropriedade do termo — sensibilidade ossea — cuja significação altera a origem e a natureza desta sensação especial, e propõem o nome *pallesthesia* (de *πάλλω* = vibrar) e respectivamente os de *hypopallesthesia* e *pallanesthesia*

Sem querer falar nas conclusões de ordem clinica

e pathologica, os autores precitados chegaram a uma hypothese muito analoga á emittida por Bechterew.

Para elles seria a sensibilidade vibratoria uma especie de sensibilidade profunda, inteiramente distincta das outras especies conhecidas. Ella não seria propria dos ossos ou do periosteo, mas seria percebida e transmittida pelas ramificações nervosas de todos os tecidos subjacentes á pelle, emquanto que esta pouco ou nada participaria della.

Em Agosto do mesmo anno, Stscherback apparece no *Obozrenie psichiatrii* com uma serie de trabalhos experimentaes que o fazem associar-se ás idéas de Egger. Elle acredita, além disto, que o papel das articulações, das capsulas articulares, dos ligamentos não deve ser esquecido no caso em questão.

Mais recentemente Minor, depois de numerosas observações, todas de lesões chirurgicas, confessa a confusão que ellas trouxeram ao seu espirito no que diz respeito á sensibilidade vibratoria, cuja séde elle não sabe precisar. Suas conclusões estão, todavia, em opposição com as de Egger e Stscherback.

Depois de Minor, em 1904, Goldscheider publica no *Berliner Klinische Wochenschrift* de 4 de Abril um trabalho no qual elle diz admirar-se como nesta questão não se tenha tidô ainda em conta a propriedade physica dos tecidos, sobretudo sua elasticidade e tensão.

Após Goldscheider, Marinesco vem pela *Presse Médicale* de 1904 (13 de Agosto) com um bem acurado trabalho onde o autor diz filiar-se ás idéas de Bechterew e Goldscheider, isto é, que a sensibilidade vibratoria é

uma propriedade commum a todos os tecidos, sendo todavia incomparavelmente mais desenvolvida ao nivel dos ossos e sobretudo dos ossos compactos.

Antes de Marinesco, Forli e Barrovecchio, em um artigo publicado nos *Annali dell'Istituto Psichiatrico di Roma*, fazem um estudo retrospectivo da questão em suas linhas mais geraes, e chegam por observações e experiencias á conclusão de que as sensibilidades vibratoria e tactil não são senão a expressão de uma sensibilidade unica, cujas differenças apparentes residem nos processos de exploração de cada uma dellas.

F'inalmente ainda este anno Sternberg, estribado em grande material clinico, vem em apoio das idéas de Bechterew e Goldscheider.

Tal é o estado actual da questão.

Antes de discutirmos a natureza desta sensibilidade, tão mal conhecida, faremos o seu estudo no homem são e no homem doente, e depois procuraremos ver o partido que della se poderá tirar na pratica.

Todo este estudo é infelizmente baseado nos trabalhos dos autores precitados. (1)

A pallesthesia está sempre presente em todos os individuos são. Muito pronunciada nos individuos jovens, ella é menos nitida na idade avançada sem, todavia, faltar.

(1) Era nossa intenção não só estabelecer a média da pallesthesia entre nós, o que ainda não se fez como ella requer, assim como estudar as alterações da sensibilidade vibratoria no beri-beri, porém os diapasões commendados com muita antecedencia e urgencia, a pedido do distincto professor Dr. Miguel Couto, não tendo chegado até hoje, fomos forçados a tomar outro rumo.

E' assim que Egger teve occasião de verificá-la em um centenario.

Esta sensibilidade não é egualmente repartida em todas as partes do corpo.

Treitel, Rydel e Seiffer e Forli e Barrovecchio, procurando estudar o comportamento da pallesthesia nos individuos normaes, chegaram, excepto algumas divergencias, aos mesmos resultados.

Os dois ultimos autores, acima citados, realisaram seus exames em quatro individuos normaes : dois jovens estudantes de 20 a 22 annos, uma mulher de 27 annos e um homem de 60 annos. Os resultados por elles obtidos foram um pouco diversos dos assignalados por Treitel e Rydel e Seiffer.

Em vista desta divergencia, embora pequena, elles procuraram repetir suas pesquisas em mais seis individuos normaes.

Rydel e Seiffer affirmam que a rotula e a tibia são menos sensiveis do que outros ossos em identicas condições de superficialidade, por exemplo, o esterno e a crista iliaca.

Forli e Barrovecchio dizem que pondo de parte o esterno, que faz parte da caixa thoracica, a qual, agindo como resonador, poderia falsear o resultado, não é verdadeira a affirmação daquelles autores, como se poderá verificar na tabella seguinte que trasladamos do trabalho delles.

	1º osso		2º osso		3º osso		4º osso		5º osso	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Crista iliaca.....	8	8	8	7	8	8	7 1/2	7	8 1/4	8
Tibia	8	8	7 1/2	7 1/2	8	8	8	8	8 1/2	9
Rotula.....	8	8	7	7	8	8	8	8 1/4	8 1/4	8 1/2

	6º osso		7º osso		8º osso		9º osso		10º osso	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Crista iliaca.....	7	7	6 1/2	6 1/2	8	8	7	7	7	7
Tibia	8	8	6 1/2	6 1/2	7 3/4	8	7	7	8	7 3/4
Rotula	8	8	6 1/2	6 1/2	7 3/4	8	7	7	7 1/2	8

Analysando a tabella acima, vemos que nos 20 numeros citados apenas duas vezes (2º osso á direita, e 8º á esquerda) a crista iliaca mostrou possuir uma sensibilidade maior do que a da rotula e da tibia; nove vezes os valores eram os mesmos; nove vezes a sensibilidade da crista iliaca era menor. E' ainda de notar-se que no mesmo individuo (2º osso), sendo a crista iliaca á direita mais sensivel do que a tibia, á esquerda o era menos.

Outra incongruencia, entre os resultados de Rydel e Seiffer e Forli e Barrovecchio, é a relativa á crista

iliaca e á espinha iliaca anterior e superior. As pesquisas de Rydel e Seiffer vêm em favor da maior sensibilidade vibratoria da crista iliaca, ao passo que as dos dois autores italianos apenas permittiram tal confirmação uma só vez em quatro exames, sendo os outros dados obtidos perfeitamente eguaes.

Outra pesquisa de Rydel e Seiffer, não confirmada pelos autores italianos precitados, é a relativa á sensibilidade do rachis.

Para Rydel e Seiffer, a sensibilidade vibratoria seria maior nas vertebraes cervicaes e dorsaes do que nas vertebraes lombares, apesar de serem estas mais superficiaes.

Os exames de Forli e Barrovecchio não confirmam este facto. Dos 10 individuos examinados por estes autores, apenas em dois a diminuição gradual da pallesthesia, á medida que se desce na columna vertebral, foi verificada (casos 4 e 6), sendo de notar que, si no caso 4 (vide tabella abaixo) havia uma diminuição ainda maior sobre o coccyx, no 6.º ao contrario, a sensibilidade era mais elevada.

Os valores dos oito casos restantes seguem uma ordem irregular, podendo notar-se que em quatro dos 10 individuos por elles examinados (2, 3, 5, 9) a sensibilidade ao nivel das vertebraes lombares era maior do que na setima vertebra cervical ou proeminente; em tres outros (1, 7, 8) havia perfeita egualdade e finalmente no caso 10 era menor.

Resumindo, vemos que só em tres casos (4, 6, 10) a affirmação de Rydel e Seiffer era verdadeira, contra

sete casos dos quaes tres em que era igual (1, 7, 8) e quatro em que era menor (2, 3, 5, 9).

A tabella de Forli e Barrovecchio, que transcrevemos abaixo, permite uma vista de conjuncto sobre os resultados por elles obtidos, em opposição, alguns delles, com os de Rydel e Seiffer.

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8ª	9º	10º
Vertebrae cervicaes . . .	8	7	7	7 1/2	8	8	7	7 1/2	7 1/2	7
Proeminente	8	7 1/4	8	7 1/2	8	8	7	8	7 3/4	7 1/2
Vertebrae dorsaes sup..	8	7	8 1/2	7	9	7 3/4	7 1/2	8	8	8
Vertebrae dorsaes inf..	8	8	8 1/2	7	9	7 3/4	7	8	8	7 1/2
Vertebrae lombares . . .	8	7 1/2	8 1/4	6 1/2	9 1/4	7 1/2	7	8	8	7
Vertebrae sacras	8 1/4	7 1/2	8	6 1/2	9	7 1/2	6 1/2	7 1/2	7 1/2	7
Vertebrae coccygeanas..	8 1/2	7 1/2	8	6 1/4	9	8	7	7 1/2	7 1/2	7

Estudando a sensibilidade vibratoria nas partes do corpo privadas de osso, Rydel e Seiffer demonstraram que esta especie de sensibilidade é em algumas destas partes (parede abdominal, mammas e penis) claramente percebida, ao contrario do que se passa para as bochechas, lobulo da orelha e labios em que ella é muito fracamente percebida ou não existe.

E' mesmo o facto, da presença nas partes privadas de osso, da pallesthesia que aquelles autores allemães apresentaram contra a localisação ossea da sensibilidade

vibratoria, chamada por isto sensibilidade ossea, imaginada por Egger.

Forli e Barrovecchio, procurando estabelecer a media da pallesthesia naquellas partes desprovidas de ossos, chegaram a resultados completamente diversos dos obtidos pelos autores allemães acima referidos.

Elles verificaram a presença normal da pallesthesia, embora em gráo pouco accentuado, nas bochechas, nos labios e outras partes privadas de osso, sendo digno de nota os numeros relativamente elevados obtidos pela exploração do dorso do penis, ao contrario do que verificaram Rydel e Seiffer que affirmaram ser esse órgão quasi insensivel ao diapásão vibrante.

O quadro abaixo, organizado por Forli e Barrovecchio, mostra a inexactidão das affirmações daquelles autores.

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	
Nariz . . .	{ Ponta	7	6 1/2	7 1/2	7	8	8	6 1/2	7 1/2	7	7 1/2
	{ dorso	8	8	8 1/4	7 1/2	8 1/2	8 1/2	7	8 1/2	8 1/2	8
Bochechas	{ direita . . .	8	7	7 1/2	7	7 1/2	7	7	7	7	7 1/2
	{ esquerda . .	7 1/2	7	7 1/2	7	8	7	7	7	7	7 1/2
Penis . . .	{ Ponta	8	7 3/4	....	7	8 1/2	8 1/2	7	8	8	8
	{ dorso	9	8 3/4	....	7 1/2	9	9	8	9	9	9
Labios	7	7	8	7	8	7	7	8	8 1/4	7	

Dos 10 exames realizados pelos autores italianos, um foi feito em uma mulher de 27 annos (3º caso)

onde os resultados foram comparaveis aos dos homens excepto no clitoris em que havia uma hyperpallesthesia ⁽¹⁾ notavel, indicando o diapásão um gráo elevadissimo (gráo 10).

Si compararmos agora os resultados dos exames da pallesthesia no homem são, vemos que variam em limites bastante amplos os gráos obtidos pelos autores citados e que os schemas da pallesthesia no homem normal ainda não podem ser aproveitados na pratica.

Um schema para satisfazer as necessidades da pratica, de modo a considerar como pathologico tal ou qual resultado, deve ser feito, como pensam Forli e Barrovecchio, em numerosos indiyduos, de ambos os sexos, de differentes edades e de desenvolvimento intellectual diverso.

Acontece aqui o mesmo que se dá nas outras especies de sensibilidade.

PALLESTHESIA NO HOMEM DOENTE E SEU VALOR SEMIOTICO

A sensibilidade vibratoria, que existe normalmente nos individuos sãos, póde estar augmentada, ou o que é mais frequente, diminuida ou ausente nas diversas molestias do systema nervoso. Ella póde mesmo, facto interessante, ser intermittente, como notou Egger em numerosos casos de tabes dorsualis. Isto não é, como se sabe, exclusivo da sensibilidade pallesthesica.

(1) Analogamente aos termos hypopallesthesia e pallesthesia, creamos o de hyperpallesthesia, que foi esquecido por Seiffer e Rydel.

Tanto nas molestias nervosas periphericas, como nas centraes, as pesquisas até hoje realisadas pelos diversos autores não permitem estabelecer nenhuma relação entre as perturbações da pallesthesia e das outras especies de sensibilidade. Póde existir uma apselaphesia total com a conservação integral da pallesthesia, e reciprocamente uma pallanesthesia com integridade absoluta da sensibilidade cutanea.

A mesma falta de correlação se estende ás outras especies de sensibilidades. Não quer isto dizer que em todos os casos se observe tal incongruencia; mas ella é frequentemente encontrada conforme resulta do numero material clinico assignalado pelos autores que neste particular têm revolvido toda a neuropathologia.

De uma maneira geral, as perturbações da pallesthesia são mais pronunciadas nas differentes affecções do systema nervoso, ao nivel dos ossos das extremidades.

Nas affecções dos cordões posteriores de origem radicular, e principalmente na tabes, a anesthesia vibratoria ou pallanesthesia interessa a principio os ossos do pé, depois os da perna e da côxa.

Os ossos do pelvis, as vertebrae inclusive o sacro, a caixa thoracica e os membros superiores não são attingidos senão em estado muito adiantado da molestia.

Ordinariamente a anesthesia vibratoria segue esta via ascendente; porém isto nada tem de absoluto, podendo ella seguir uma ordem inteiramente inversa ou ser irregular.

A pallesthesia está sempre ausente na maioria das molestias nervosas, quer da encephalo, quer da me-

dulla (systematicas ou diffusas), quer dos nervos periphericos, quer finalmente em certas nevroses funcçionaes.

O inicio, a marcha e a extensão das perturbações pallesthesicas variam consideravelmente.

Em alguns casos, a anesthesia vibratoria é muito precoce, podendo mesmo ser um dos poucos symptomas a chamar a attenção do clinico. Tal é o que se dá em certos casos de tabes, em que ella precede a ataxia de muitos mezes, esteja dependente della (Rydel e Seiffer) ou não como pensa Marinesco.

O Dr. Williamson (1) estabelece mesmo, em uma de suas conclusões, que nos casos de tabes recente a pallesthesia pôde ter desaparecido nas pernas antes do enfraquecimento das outras especies de sensibilidade e antes que a ataxia e o signal de Romberg possam ser apreciados.

Como dissemos acima, Rydel e Seiffer subordinam á pallesthesia a ataxia, o que não nos parece verdadeiro a darmos o credito que merece Marinesco.

Esse autor não crê que a anesthesia ossea ou diremos melhor pallesthesia, possa determinar a ataxia e diz a este respeito que a frequencia da ataxia nos membros superiores dos tabidos com pallesthesia não quer dizer que esta seja a sua unica causa determinante, pois outros factores concorrem para a producção della, principalmente a perda do sentido muscular e a hypotonia.

(1) *The Lancet* (Abril de 1905).

Um só destes factores, diz Marinesco, é incapaz de produzir a ataxia.

Continuando, Marinesco cita o caso de um paraplégico com pallesthesia, apresentando no entanto a noção das attitudes inteiramente normal, sem ataxia.

Um outro caso por elle citado é o de um tabido com anesthesia vibratoria, sem ataxia apparente. Neste caso, nota Marinesco, o sentido muscular, isto é, a noção das attitudes, estava conservado.

Estes dois casos de Marinesco vêm trazer um formal desmentido á hypothese dos dois autores allemães.

As perturbações da pallesthesia têm sido investigadas até aqui quasi que exclusivamente nas molestias nervosas.

O Dr. Williamson, de Manchester, teve occasião de observar 45 casos de diabetes *mellitus* e glycosuria chronica nos quaes a pallesthesia contrastava com a presença das outras fórmulas de sensibilidade. Mas, com exclusão destas duas molestias, a pallesthesia não tem sido experimentada senão nas affecções nervosas onde o seu valor diagnostico não póde ser posto em duvida.

E' verdade que as pesquisas a este respeito não permitem até o presente julgar do valor que é de esperar dellas; porém a phrase com que o Dr. Williamson finda o seu artigo deixa antever os resultados que da pallesthesia se poderá tirar mais adiante. E' deste teor a conclusão do medico inglez: «Though the loss of the vibrating sensation is a symptom of considerable interest it is at present too early to say what its diagnostic value will be in the future.»

onde os resultados foram comparaveis aos dos homens excepto no clitoris em que havia uma hyperpallesthesia (1) notavel, indicando o diapasão um gráo elevadissimo (gráo 10).

Si compararmos agora os resultados dos exames da pallesthesia no homem são, vemos que variam em limites bastante amplos os grãos obtidos pelos autores citados e que os schemas da pallesthesia no homem normal ainda não podem ser aproveitados na pratica.

Um schema para satisfazer as necessidades da pratica, de modo a considerar como pathologico tal ou qual resultado, deve ser feito, como pensam Forli e Barrovecchio, em numerosos individuos, de ambos os sexos, de differentes edades e de desenvolvimento intellectual diverso.

Acontece aqui o mesmo que se dá nas outras especies de sensibilidade.

PALLESTHESIA NO HOMEM DOENTE E SEU VALOR SEMIOTICO

A sensibilidade vibratoria, que existe normalmente nos individuos são, póde estar augmentada, ou o que é mais frequente, diminuida ou ausente nas diversas molestias do systema nervoso. Ella póde mesmo, facto interessante, ser intermittente, como notou Egger em numerosos casos de tabes dorsualis. Isto não é, como se sabe, exclusivo da sensibilidade pallesthesica.

(1) Analogamente aos termos hypopallesthesia e pallanesthesia, creamos o de hyperpallesthesia, que foi esquecido por Seiffer e Rydel.

Tanto nas molestias nervosas periphericas, como nas centraes, as pesquisas até hoje realizadas pelos diversos autores não permitem estabelecer nenhuma relação entre as perturbações da pallesthesia e das outras especies de sensibilidade. Póde existir uma apselaphesia total com a conservação integral da pallesthesia, e reciprocamente uma pellanesthesia com integridade absoluta da sensibilidade cutanea.

A mesma falta de correlação se estende ás outras especies de sensibilidades. Não quer isto dizer que em todos os casos se observe tal incongruencia; mas ella é frequentemente encontrada conforme resulta do numeroso material clinico assignalado pelos autores que neste particular têm revolvido toda a neuropathologia.

De uma maneira geral, as perturbações da pallesthesia são mais pronunciadas nas differentes affecções do systema nervoso, ao nivel dos ossos das extremidades.

Nas affecções dos cordões posteriores de origem radicular, e principalmente na tabes, a anesthesia vibratoria ou pellanesthesia interessa a principio os ossos do pé, depois os da perna e da côxa.

Os ossos do pelvis, as vertebrae inclusive o sacro, a caixa thoracica e os membros superiores não são attingidos senão em estado muito adiantado da molestia.

Ordinariamente a anesthesia vibratoria segue esta via ascendente; porém isto nada tem de absoluto, podendo ella seguir uma ordem inteiramente inversa ou ser irregular.

A pallesthesia está sempre ausente na maioria das molestias nervosas, quer da encephalo, quer da me-

dulla (systematicas ou diffusas), quer dos nervos periphericos, quer finalmente em certas nevroses funcçionaes.

O inicio, a marcha e a extensão das perturbações pallesthesicas variam consideravelmente.

Em alguns casos, a anesthesia vibratoria é muito precoce, podendo mesmo ser um dos poucos symptomas a chamar a attenção do clinico. Tal é o que se dá em certos casos de tabes, em que ella precede a ataxia de muitos mezes, esteja dependente della (Rydel e Seiffer) ou não como pensa Marinesco.

O Dr. Williamson ⁽¹⁾ estabelece mesmo, em uma de suas conclusões, que nos casos de tabes recente a pallesthesia pôde ter desaparecido nas pernas antes do enfraquecimento das outras especies de sensibilidade e antes que a ataxia e o signal de Romberg possam ser apreciados.

Como dissemos acima, Rydel e Seiffer subordinam á pallesthesia a ataxia, o que não nos parece verdadeiro a darmos o credito que merece Marinesco.

Esse autor não crê que a anesthesia ossea ou diremos melhor pallesthesia, possa determinar a ataxia e diz a este respeito que a frequencia da ataxia nos membros superiores dos tabidos com pallesthesia não quer dizer que esta seja a sua unica causa determinante, pois outros factores concorrem para a producção della, principalmente a perda do sentido muscular e a hypotonia.

(1) *The Lancet* (Abril de 1905).

Um só destes factores, diz Marinesco, é incapaz de produzir a ataxia.

Continuando, Marinesco cita o caso de um paraplégico com pallesthesia, apresentando no entanto a noção das attitudes inteiramente normal, sem ataxia.

Um outro caso por elle citado é o de um tabido com anesthesia vibratoria, sem ataxia apparente. Neste caso, nota Marinesco, o sentido muscular, isto é, a noção das attitudes, estava conservado.

Estes dois casos de Marinesco vêm trazer um formal desmentido á hypothese dos dois autores allemães.

As perturbações da pallesthesia têm sido investigadas até aqui quasi que exclusivamente nas molestias nervosas.

O Dr. Williamson, de Manchester, teve occasião de observar 45 casos de diabetes *mellitus* e glycosuria chronica nos quaes a pallesthesia contrastava com a presença das outras fórmulas de sensibilidade. Mas, com exclusão destas duas molestias, a pallesthesia não tem sido experimentada senão nas affecções nervosas onde o seu valor diagnostico não póde ser posto em duvida.

E' verdade que as pesquisas a este respeito não permitem até o presente julgar do valor que é de esperar dellas; porém a phrase com que o Dr. Williamson finda o seu artigo deixa antever os resultados que da pallesthesia se poderá tirar mais adiante. E' deste teor a conclusão do medico inglez: «Though the loss of the vibrating sensation is a symptom of considerable interest it is at present too early to say what its diagnostic value will be in the future.»

Maragliano (1) em uma analyse muito superfuntoria sobre o artigo de Forli e Barrovecchio, é o unico dominado pelo scepticismo nesse particular.

E' assim que, diz elle, ser o exame da pallesthesia antes um artificio de technica neuropathologica do que um real progresso. Tal conceito sobre o valor da sensibilidade vibratoria está em opposição com o de todos que se têm occupado do assumpto.

Este novo methodo de exploração representa, como disse Schtscherback, um methodo experimental facilmente applicavel ao estudo da physiologia normal e pathologica do systema nervoso e ao diagnostico das affecções nervosas.

Si ainda não podemos tirar na pratica inteira vantagem deste methodo, é isto provavelmente devido á diversidade dos instrumentos prepostos á sua exploração, á imperfeição das medias até hoje estabelecidas, como vimos anteriormente, e finalmente a certas condições individuaes que ainda não têm sido tomadas em consideração.

Já dissemos que as relações entre as perturbações da pallesthesia e das outras sensibilidades ainda não estão firmadas.

Em favor deste asserto, podiamos trasladar para aqui todo o material clinico examinado pelos autores que se tem dedicado a esta natureza de pesquisas.

Encaremos de modo succinto primeiramente os casos pathologicos reunidos por Seiffer e Rydel.

(1) *Gazzeta degli ospedali e delle cliniche* (14 de Maio de 1905).

Nos oitos casos de molestias dos nervos periphe-
ricos, era impossivel estabelecer regras entre as pertur-
bações pallesthesicas e as perturbações das outras sensi-
bilidades; apenas em tres polynevrites, a anesthesia e a
pallanesthesia se superpunham pouco mais ou menos. Nos
tres casos de myelite por compressão (casos 9, 10, 11),
referidos na tabella 2 do trabalho daquelles autores, a
disposição da pallanesthesia estava subordinada á séde
da lesão.

Nos quatro casos de sclerose em placas, havia, ao
lado da pallanesthesia, integridade da sensibilidade cutanea,
salvo em um caso e isto mesmo em pequeno grão.

Em cinco casos de syringomyelia, haviam simulta-
neamente perturbações pallesthesicas e tactis, não con-
cordando, entretanto, senão em dois casos os territorios
de expansão das duas sensibilidades.

Em um caso de myelite diffusa, em dois de he-
matomyelia, como em um de tumor da medulla cervical,
as duas especies de sensibilidade estavam perturbadas.

Na tabella 3, Rydel e Seiffer reuniram 22 casos
de tabes dorsualis, coordenando em serie segundo o grão
de ataxia.

Entre estes, os oito primeiros não apresentavam
ataxia pelo menos apparente; em outros oito a ataxia
era franca, e finalmente os seis restantes estavam para-
lyticos, guardando por isto o leito.

Comparando estes 22 casos, podemos verificar o
seguinte :

1º Em um caso havia fraca anesthesia, sem per-
turbações pallesthesicas.

2º Em dois casos havia inteira discordancia entre as duas especies de sensibilidade.

3º Em dois casos as perturbações pallesthesicas eram menores do que as das outras especies.

4º Em 13 casos eram, ao contrario, muito mais pronunciadas.

5º Em quatro casos estas perturbações eram pouco mais ou menos congruentes.

Si considerarmos, dizem Rydel e Seiffer, que os casos dos grupos 1º e 2º eram muito pouco ou quasi não eram ataxicos; que ao 3º pertencem dois casos dos quaes um está no periodo preataxico e o outro no segundo periodo da tabes; que quasi todos do 4º grupo eram francamente ataxicos e que os do 5º eram ataxicos em gráo muito elevado, podemos deduzir que as perturbações da pallesthesia, bem como a ataxia, pertencem aos symptomas precoces da tabes.

Pondo de parte a deducção a que chegaram os autores allemães, vemos quão variaveis são as perturbações das sensibilidades entre si.

Na tabella 4, os mesmos autores reuniram tres casos de molestia de Friedreich em que o exame da pallesthesia deu resultados positivos. Nestes tres casos, a pallesthesia estava em relação com a ataxia, quer em intensidade, quer em localisação, emquanto que as perturbações da sensibilidade cutanea eram muito limitadas e pouco intensas.

Em dois casos, um de poliomyelite anterior aguda e outro de paralytia espinhal espasmodica, a pallesthesia era bem accentuada, ao passo que as perturbações da sen-

sibilidade cutanea eram muito localizadas. Finalmente, ainda nessa tabella, vem um caso de tumor do cerebello onde a pallanesthesia se superpunha á ataxia.

Nos casos de hemiplegias, em numero de quatro, as perturbações das diversas sensibilidades coincidem.

A pallanesthesia foi ainda verificada nos paralyticos geraes.

Analysando agora estes casos de Rydel e Seiffer vemos logo a falta de relação entre as diversas sensibilidades. A conclusão que permite o trabalho destes autores é que as alterações pallesthesicas concordam antes com as perturbações da sensibilidade dolorosa e thermica do que com as da tactil.

Podiamos passar uma vista geral sobre todos os casos em que Rydel e Seiffer fazem o estudo detalhado das alterações das sensibilidades ao diapasão, á dôr, ao tacto e ao calor, mas a conclusão acima mencionada nos pôde dispensar de trabalho mais longo.

Si agora, de uma vista de conjuncto, examinarmos os 15 casos reunidos por Forli e Barrovecchio, vemos que elles podem ser divididos em quatro grupos.

No 1º grupo, a sensibilidade superficial coincide quasi perfeitamente com a sensibilidade vibratoria.

No 2º grupo, as alterações da pallesthesia são mais semelhantes ás alterações das sensibilidades dolorosa e thermica do que ás da sensibilidade tactil.

No 3º grupo as perturbações pallesthesicas são, ao contrario, mais semelhantes ás da sensibilidade tactil do que ás da thermica e dolorosa.

Finalmente no 4.º grupo, as perturbações não guardam nenhuma relação.

Dos 15 casos dos dois autores italianos, quatro pertencem ao 1.º grupo, tres casos ao 2.º grupo, tres outros casos ao 3.º grupo e finalmente quatro casos estão incluídos no 4.º grupo.

Por estas duas estatísticas se pôde avaliar quão diversas são as relações existentes entre as diferentes espécies de sensibilidade.

Forli e Barrovecchio, não querendo tirar conclusões entre a afinidade, que haja porventura, da pallesthesia com as outras sensibilidades, unicamente baseados em sua estatística, recorreram ás observações de Egger, de Dwoitchenko, de Rydel e Seiffer, de Treitel e de Minor, e chegaram, confrontando cerca de mais de 100 casos, a estas duas conclusões:

« 1.ª O comportamento da pallesthesia é mais analogo ao da sensibilidade dolorosa e thermica do que o da sensibilidade tactil.

« 2.ª A pallesthesia é uma forma especial de sensibilidade, e apresenta alterações pathologicas que lhe são peculiares. »

Mas nós acreditamos, continuam Forli e Barrovecchio, que de um exame mais profundo não reste nenhuma destas duas proposições.

Abordamos assim as duas questões mais controvertidas sobre o assumpto, isto é, com qual das sensibilidades conhecidas apresenta a pallesthesia comporta-

mento mais semelhante, e finalmente a questão tão obscura da natureza da pallesthesia.

Comecemos pelo primeiro quesito.

De um modo geral, podemos adiantar que do exame dos casos pathologicos não resulta a prova de que a pallesthesia experimente modificações parallelas ás da sensibilidade tactil.

E' verdade que do trabalho de Rydel e Seiffer resae claramente este postulado; mas, si examinarmos cuidadosamente a estatistica destes autores, veremos que realmente só em alguns casos é evidente a concordancia entre a pallesthesia de um lado e a sensibilidade dolorosa e thermica do outro. Estes poucos casos são apenas em numero de oito (casos 8, 17, 18, 22, 29, 33, 41, 44). Emquanto que nos casos 7, 16, 36, 37 e 45, vemos que não são sómente a sensibilidade dolorosa, thermica e pallesthesica alteradas, mas tambem a sensibilidade tactil e esta exactamente no mesmo territorio das outras.

Os tres casos de syringomyelia onde, ao lado da anesthesia thermo-dolorosa, havia uma pallesthesia com integridade da sensibilidade tactil, seriam um argumento mais valioso em favor de Rydel e Seiffer. Porém a estes tres casos se poderão oppor mais dois observados pelos mesmos autores em que as quatro sensibilidades eram igualmente alteradas, sem querer lembrar dois casos de Egger e varios apresentados por Dwoïtschenko nos quaes as quatro sensibilidades se comportavam differentemente.

De tudo isto se deduz o que acima dissemos, isto é, que do exame dos casos pathologicos não pôde resultar

nenhum parallelismo quer entre a pallesthesia e as sensibilidades dolorosa e thermica, como pretendem Rydel e Seiffer e Forli e Barrovecchio, levados pelas estatísticas dos casos pathologicos, quer entre a pallesthesia e a sensibilidade tactil.

Foi nesta situação que os dois autores italianos recorreram a experiencias para esclarecer a questão.

Nos individuos submettidos á anesthesia cocainica de Bier (injecção intra-rachidiana de tropococaina) que como se sabe faz desapparecer na metade inferior do corpo a sensibilidade dolorosa e thermica, deixando intacta a sensibilidade tactil, Forli e Barrovecchio notaram uma dissociação muito nitida entre a anestesia ao calor e a dôr de um lado, e de outro lado a conservação da sensibilidade tactil e da pallesthesia.

Si nós admittimos que na dissociação syringomyelica a pallesthesia e as sensibilidades thermo-dolorosa se comportam egualmente, devemos *a priori* admittir que com a anesthesia cocainica de Bier o mesmo seja observado.

Os autores italianos verificaram em tres doentes que foram submettidos a intervenções cirurgicas, na metade inferior do corpo, que a applicação do diapasão vibrante sobre os tecidos superficiaes e profundos, durante a operação, dava resultados sempre positivos. As tres affecções cirurgicas eram dois casos de hernia inguinal (uma direita, outra esquerda) e um caso de arthrosynovite tuberculosa do joelho esquerdo.

O diapasão foi successivamente collocado sobre a pelle, plano aponevrotico, musculos, peritoneo e era sempre perfeitamente percebido pelos doentes.

Esta analogia entre a sensibilidade ao tacto e ao diapasão, que revela a anesthesia cocainica de Bier, faz nascer a idéa de que estas duas sensibilidades não são senão a expressão de uma sensibilidade unica, e as differenças que ellas apresentam nos individuos normaes e patholicos dependem de causas variadas, extrinsecas á sua natureza.

E', pois, com razão que esses autores concluem dizendo que essas duas sensibilidades differem apenas nisto : o pincel apenas excita a pelle, ao passo que o diapasão excita além della os tecidos subjacentes.

Demonstrado como ficou ser a pallesthesia mais visinha da sensibilidade tactil, do que das outras duas especies de sensibilidade, vejamos de que natureza é esta sensibilidade vibratoria.

Como vimos no começo deste capitulo, ha quasi tantas opiniões quantos são os autores.

Egger e Déjerine, de um lado, a consideram como uma fórma especial de sensibilidade, peculiar ao osso e seu periosteo; Rydel e Seiffer, de outro lado, acreditam ser ella uma fórma nova de sensibilidade profunda, sem coparticipação alguma da pelle; Goldscheider sustenta que ella não é mais do que uma modalidade da sensibilidade tactil e finalmente Forli e Barrovecchio batem-se pela unidade das duas especies sensitivas, a pallesthesia e a sensibilidade tactil.

E' a pallesthesia uma sensibilidade especial? Em outros termos, é ella uma individualidade sensitiva á parte como pensam Egger e Déjerine, Rydel e Seiffer, embora diversamente localisada?

Aquelles que dizem ser a pallesthesia uma nova entidade sensitiva trazem em sua defesa argumentos de ordem physiologica e pathologica.

Comecemos pelos argumentos de natureza physiologica.

Rydel e Seiffer, e Treitel dizem, pretendendo mostrar a completa disparidade entre a pallesthesia e a sensibilidade tactil, que em certas partes do corpo, onde esta existe em alto gráo, aquella é muitissimo pouco elevada; assim, a lingua, de fino tacto, manifesta ao diapasão sensibilidade inferior á da mão e do antebraço; na polpa dos dedos, em que o tacto é tres ou quatro vezes mais aguçado que no concavo da mão, a pallesthesia é de duração pouco maior que nesta. Ora, esta argumentação foi infirmada por Goldscheider.

Este autor mostrou a influencia que exercem duas propriedades physicas dos tecidos até então postas á margem, isto é, a tensão e a elasticidade e muito criteriosamente fez observar que, tanto mais tensa e elastica é a pelle, tanto mais apta está ella para a percepção da sensibilidade ao diapasão.

Tal é a razão deste paradoxo aos olhos de Treitel e Rydel e Seiffer.

Assim, pois, embora a lingua possúa uma pronunciada sensibilidade ao tacto, é todavia pouco sensivel ao diapasão, porque ella é molle e pouco tensa.

Outra objecção, lembrada por Forli e Barrovecchio contra as idéas de Treitel e Rydel e Seiffer, é tirada da technica de exploração da pallesthesia e da sensibilidade tactil.

O methodo que Weber estabeleceu para a medida da sensibilidade cutanea não é absolutamente comparavel ao seguido por Treitel e Rydel e Seiffer na exploração da pallesthesia. D'ahi esta incongruencia dos resultados.

Assim, estes autores mediam a duração da pallesthesia percebida como um continuo tremor e não as vibrações isoladas, em outros termos, si num caso se trata de uma serie de excitações, em outro trata-se de excitações isoladas.

Ora, tal heterogeneidade de technica não é absolutamente susceptivel de analogia.

A prova deste facto, temol-a na semelhança dos resultados de Weber e de Rumpf, porque este em suas experiencias media unicamente as vibrações isoladas.

E' assim que Rumpf, com uma série de diapasões que davam de 13 a 1000 vibrações por segundo, chegou a medir pelas vibrações isoladas a percepção pallesthesica nas diversas partes do corpo e ponde desta sorte determinar que a pelle da fronte percebe até 122 vibrações por segundo, que nas extremidades digitaes a percepção é distincta entre 660 a 1000 vibrações; ora, estes resultados vêm mostrar-nos a semelhança da pallesthesia e da sensibilidade tactil medida com o compasso de Weber, semelhança que parecia faltar em virtude da disparidade dos meios de exploração.

Analysando agora a questão no ponto de vista dos resultados pathologicos, vemos que apenas em apparença são razoaveis as idéas de Treitel e Rydel e Seiffer. As estatisticas, quer destes ultimos autores, quer de Forli e Barrovecchio, levam realmente á convicção de que se

trata de duas sensibilidades diversas, porque o numero de casos, em que o comportamento dessas duas sensibilidades é identico, é relativamente muito menor confrontando com o numero de casos em que o comportamento é essencialmente diverso.

Si considerarmos, porém, de accordo com a demonstração de Minor que as vibrações do diapasão não restam no mesmo logar, embora Egger seja de pensar opposto, e que ao contrario sejam transmittidas á distancia; e demais que estas vibrações não ficam limitadas á pelle, mas se estendem a todos os tecidos profundos, havemos de convir que nem sempre poderá haver analogia entre as alterações sensitivas da pelle e dos tecidos profundos, pelo que nada mais natural do que admittir egualmente que o comportamento entre a sensibilidade tactil e a sensibilidade ao diapasão não seja sempre o mesmo, uma vez que esta ultima representa a somma da sensibilidade de diversos tecidos.

Forli e Barrovecchio, além deste argumento, apresentam um outro, baseados na maneira inteiramente differente de explorar essas duas sensibilidades.

Não se pôde comparar os dois meios de exploração utilizados na pratica.

Com o roçar do pincel sobre a pelle nós não sabemos o estimulo minimo preciso para despertar a sensação de contacto e, portanto, para revelar hypoesthesias ligeiras e limitadas, o que não succede com o diapasão cuja gamma de vibrações permite descobrir as mais leves e limitadas hypopselaphesias.

Demais, como pretender comparar o resultado for-

necido por um pincel, que só age *in loco*, que apenas excita um pequeno numero de extremidades nervosas, que actúa por tão curto prazo, com um diapasão que age á distancia pelas suas vibrações, que excita um numero muito maior de terminações nervosas, que age por muito mais tempo e que finalmente possui um pé que occupa uma superficie incomparavelmente bem mais larga?

É essa somma de estímulos de um diapasão, ao envez de estímulos isolados de um pincel, que nos vem explicar por que zonas anesthéticas a este não o são áquelles.

Um argumento que poderia falar contra o parentesco que existe entre a pallesthesia e a sensibilidade táctil, resulta de tres casos do syndroma de Brown-Séquard, observados por Egger. Nestes tres doentes a sensibilidade vibratoria era limitada ao lado da paralyxia. Realmente, este argumento é de valor, mas Dwoïtschenko apresentou um caso do mesmo syndroma no qual as perturbações pallesthéticas existiam apenas no lado das outras perturbações sensitivas.

Concluindo, nós não vemos razão para considerar a pallesthesia como uma fórma de sensibilidade especial.

Entre ella e a sensibilidade táctil não ha, dizem Forli e Barrovecchio, senão uma unica differença: é que enquanto o pincel não estimula senão a pelle, o diapasão estimula, além della, os tecidos profundos.

A pretendida differença de natureza, que certos autores fazem entre a pallesthesia e a sensibilidade táctil, repetimos que physiologicamente não existe, bastando comparar os resultados obtidos com o compasso de

Weber e os diapasões de Rumpf para verificar a semelhança entre ellas.

Com relação ás condições pathologicas diversas, já discutimos as apparentes incongruencias obtidas na pratica da exploração dessas sensibilidades.

«In complesso noi riteniamo che sensibilità tattile e vibratoria non siano che l'espressione di un'unica qualità sensitiva. La differenza dei reperti fisiologici e patologici deriveranno, oltre che dalle condizioni fisiche locali, e da circostanze varie di secondaria importanza, dal fatto che mentre il metodo comunemente usato del tocco col pennello o col compasso di Weber non saggia che la sensibilità della cute, lo stimolo del diapason, per la sua diffusibilità, mette in giuoco, oltre che la proprietà sensitiva della cute, quella dei tessuti profondi. E sotto questo punto di vista il diapason ha il merito di essere l'unico stimolo, finora conosciuto, che ecciti i tessuti profondi senza destare dolore.»

Esta phrase de Forli e Barrovecchio faz a synthese de toda nossa discussão sobre as relações estreitas que prendem a pallesthesia á sensibilidade tactil.

Feito assim o estudo da pallesthesia, precisamos conhecer as vias conductoras desta sensibilidade, isto é, precisamos saber que vias centripetas conduzem a pallesthesia e si estas vias são directas ou cruzadas.

Egger admite que a sensibilidade ossea, como elle chama, se propaga por intermedio da substancia parda da medulla e que as fibras conductoras não experimentam entrecruzamento.

Elle foi levado a esta hypothese, baseado na concomitancia da thermo-anesthesia e da pallanesthesia na syringomyelia e na hematomyelia, affecções estas que se caracterisam pela destruição da substancia parda posterior da medulla.

Rydel e Seiffer, em uma communicação á Sociedade de Psychiatria de Berlim, affirmaram contrariamente que as fibras sensitivas vectoras da sensibilidade vibratoria, além de se entrecruzarem, seguem o mesmo trajecto das fibras conductoras das sensibilidades thermica e dolorosa.

Posteriormente Rydel, dissorciado de Seiffer, sustentou que as perturbações da sensibilidade vibratoria parecem constituir um signal de lesão dos cordões posteriores.

Finalmente Marinesco, baseado nas pesquisas de Egger, sustentou que os conductores da sensibilidade vibratoria são directos e se assestam nos cordões posteriores, muito proximos da substancia parda, o que, segundo, elle nos explica a coexistencia frequente da pallanesthesia e da thermo-anesthesia com analgesia.

Si isto é exacto, pondera Marinesco, como explicar, nos casos de syringomyelia e de hematomyelia e em outras affecções medulares, a coexistencia da pallanesthesia e da thermo-anesthesia observada por Egger? Marinesco não acredita que se ache a explicação deste facto na propagação exclusiva da pallesthesia pela substancia parda posterior e é levado a admittir que as duas ordens de conductores, circulando muito proximo uns dos outros, nos dariam a razão de ser deste facto. Finalmente

Marinesco não acredita que a pallesthesia possúa um systema de conducção particular.

Nós pensamos diversamente, baseados nas conclusões a que chegámos sobre a pallesthesia e a sensibilidade tactil, isto é, que estas duas especies de sensibilidades se propagam pelas mesmas ordens de conductores, que são aqui os cordões posteriores. Voltamos assim á concepção de Egger, embora delle divirjamos no que diz respeito á natureza da sensibilidade vibratoria, que elle considera como uma sensibilidade exclusiva do osso e da sua membrana, idéa inaceitavel porque a pallesthesia existe em partes completamente desprovidas de ossos. Haja vista o penis, o clitoris, etc.

Em resumo, as vias centripetas prepostas á conducção da sensibilidade pallesthesica são as mesmas da sensibilidade tactil, o que vem em apoio das interessantes pesquisas de Forli e Barrovecchio, que fazem destas duas sensibilidades a expressão de uma unica qualidade sensitiva.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Historia Natural Medica

I

Não ha character physico algum que seja commum a todos os seres vivos.

II

A propriedade de emissão dos raios *N* não é o apanagio exclusivo dos seres vivos; certos corpos brutos, submettidos a determinadas acções mecanicas, a possuem tambem.

III

O character commum a todas as actividades vitaes e a ellas unicamente é de ordem chimica: é a hereditariedade.

Chimica Medica

I

A escopolamina, cuja formula bruta é $C^{11}H^{21}Azo^4$, é extrahida da *Scopolia Japonica*.

II

Ella se apresenta sob a fórma de cristaes, fusiveis a 59° soluveis n'agua, muito soluveis no alcool e no ether.

III

O sal de escopolamina, mais ordinariamente empregado, é o bromhydrato chimicamente puro, contendo apenas a escopolamina activa e livre da escopolamina inactiva ou hyoscina e a atroscina.

Anatomia Descriptiva

I

A pia-mater rachidiana é um poderoso orgão de protecção da medulla.

II

Ella é inteiramente dissemelhante de sua congenerere, a pia-mater craniana.

III

As suas adherencias com a medulla, sua resistencia, espessura, côr e sua pouca vascularisação, bastam para caracterisal-a.

Histologia

I

O leucocyto evolue, se transforma, se multiplica, mas não morre nunca.

II

No organismo não existe um aparelho encarregado da destruição dos leucocytos.

III

Como cellula que é, a morte não é um termo de sua evolução normal, ella é sempre o resultado de um accidente ou de uma luta com cellula estranha.

Materia Medica, Pharmacologia e Arte de Formular

I

A strychnina é um veneno convulsivante e o mais energico dos amargos.

II

Dá-se em muito pequenas doses e geralmente em pilulas, para evitar seu sabor desagradavel.

III

Seus saes são muito mais empregados do que ella propria, para uso interno.

Clinica Propedeutica

I

A exploração da pallesthesia é um recurso valioso em semiotica nervosa.

II

A ausencia dessa especie de sensibilidade é muitas vezes o prenuncio de uma ataxia.

III

A ataxia, porém, não está subordinada exclusivamente a ella, mas tambem á perda da noção das attitudes ou sentido muscular e á hypotonia.

Clinica Syphiligraphica e Dermatologica

I

O quadro clinico da syphilis varia segundo a raça e o clima.

II

Benigna nos negros que gosam contra ella de uma certa immunidad, a syphilis é, ao contrario, mais severa na raça branca.

III

Nos homens de côr as affecções para-syphiliticas são excepçõaes ou mesmo inteiramente desconhecidas.

Anatomia e Physiologia Pathologicas

I

A endocardite é essencialmente caracterizada por vegetações, erosões e ulcerações do endocardio.

II

A classificação das endocardites em exsudativas, proliferantes, ulcerosas, não pôde subsistir hoje.

III

Está demonstrado que tal divisão não corresponde á realidade e que as fórmulas da antiga classificação não são mais do que estadios do mesmo processo morbido, infeccioso ou toxico, podendo ellas coexistir no mesmo caso.

Pathologia Medica

I

A contracção idio-muscular tambem chamada myœdema, corda bicipital ou ainda signal de Shively, não é privativo da tuberculose pulmonar.

II

O myœdema, phenomeno pathologico banal, commum a todos os estados que se acompanham de um certo gráo de intoxicação, quer esta tenha sua origem no proprio musculo, como acontece após a fadiga muscular, ou em uma affecção microbiana, ou em uma molestia de nutrição, é sempre o attestado da acção exercida sobre o systema muscular por esta intoxicação.

III

Essa reacção idio-muscular é funcção da excitabilidade propria do tecido muscular.

Pathologia Cirurgica

I

O diapasão é um elemento diagnostico de valor em cirurgia.

II

Elle permette fazer o diagnostico precoce de varias affecções osteo-articulares.

III

De ordinario, o diapasão assignala no inicio dessas affecções uma notavel hyperpallesthesia.

Clinica Cirurgica (2.^a cadeira)

I

A orchite não é mais do que uma localisação infecciosa sobre a glandula genital.

II

Esta infecção pôde se fazer por qualquer uma destas quatro vias: via sanguinea, via lymphatica, via deferencial e via peritoneo-vaginal.

III

A denominada orchite por esforço, attribuida á elevação brusca da glandula pela contracção do cremaster e a seu choque contra o pubis ou á sua estricção no pediculo das bolsas, é uma phantasia.

Clinica Ophtalmologica

I

O glioma é o unico neoplasma que se observa na retina.

II

Elle é encontrado exclusivamente nas crianças e de ordinario antes da idade de cinco annos.

III

O reflexo esbranquiçado ou amarello de ouro de que é séde a retina do olho gliomatoso (olho de gato amaurotico) chama muitas vezes a attenção mesmo á distancia.

Operações e Apparelhos

I

A espermatocystectomy, tambem chamada vesiculectomia só é indicada nos casos de tuberculose das vesiculas seminaes, e isto mesmo excepcionalmente.

II

Das quatro .vias a seguir nessa operação, abdominal ou inguinal, perineal, sacra e parasacra, é a primeira que se deve preferir.

III

As vias sacra e parasacra não podem ser recomendadas, porque ellas necessitam descalabros extensos e não conduzem directamente á vesicula.

Anatomia Medico-Cirurgica

I

O espaço pia-mariano ou sub-arachnoidiano representa uma vasta serosa, um vasto plexo lymphatico que cerca e penetra todo o systema nervoso e no qual mergulham os vasos arteriaes e venosos que se destinam a este ultimo.

II

A estructura areolar tão particular torna este espaço seroso inaccessible ao cirurgião.

III

Toda tentativa de desinfeccão e de drenagem feita neste espaço é infructifera.

Therapeutica

I

O pyramidon é um medicamento heroico no tratamento da febre typhoide.

II

A não duvidar das pesquisas de Sabarthez, o tratamento da febre typhoide pelo pyramidon nada deixa a desejar ao methodo hydrotherapico de Brandt e só pôde reconhecer a superioridade da pratica hydrotherapica de Winternitz cuja mortalidade é igual a 0.

III

A coloração vermelha das urinas em seguida ao uso do pyramidon, como acontece algumas vezes, não deve surprehender o clinico que conta com a presença do acido rubazonico, um dos productos de seu desdobramento no organismo.

Clinica Cirurgica (1ª cadeira)

I

Os processos cirurgicos empregados contra o bocio exophtalmico podem ser divididos em dous grupos: 1º os que se dirigem ao corpo thyroide; 2º os que visam o systema nervoso sympathico.

II

Alistam-se no 1º grupo a exothyropexia, a thyroidectomia, a enucleação intra-glandular e a ligadura das arterias thyroidianas dos dois lados, embora esta influa pelos filetes sympathicos abraçados na ligadura e não determinando a atrophia da glandula como pretende Kocher.

III

Faz parte do 2º grupo a operação sempre bem indicada, seja qual fôr a esphera do sympathico em acção, da sympathicotomia.

Clinica Medica (2ª cadeira)

I

O contagio na uncinariose se dá por duas vias : gastrica e cutanea.

II

A prophylaxia da ankylostomasia se resume em duas proposições : 1ª, impedir n'uma exploração industrial indemne a introduccão de todo operario infectado; 2ª, impedir, numa exploração infectada, a contaminação dos operarios indemnes.

III

Nas crianças atacadas de uncinariose, observa-se um retardamento e mesmo uma parada completa do crescimento (nanismo ankylostomasico).

Clinica Pediatrica

I

A molestia de Little é exclusiva da idade juvenil.

II

A rigidez paraplegica, reunida á ausencia de paralytia verdadeira e de atrophia muscular, é o traço dominante da molestia de Little.

III

Ao lado da fôrma classica, pôde ella se apresentar sob fôrmas frustas e complexas, comprehendendo estas ultimas os casos complicados de psychopathias, de choreo-athetose, de convulsões e de paralytias.

Obstetricia

I

A toxiemia gravidica não é mais do que uma prova de insufficiencia placentaria.

II

A placenta, como órgão de secreção interna, analogo á glandula thyroide, se encarrega da destruição dos productos de desassimilação fetal.

III

Falam em favor da pathogenese da toxemia gravida, por insufficiencia placentaria, o poder antitoxico da placenta normal, a raridade das manifestações eclampticas nas mulheres submettidas á thyroidina ou ovarina, a hypertrophia do corpo thyroide (synergia funcional) nas mulheres em imminencia de toxemia e finalmente grande numero de experimentos.

Hygiene

I

O numero de molestias de notificação compulsoria não póde ser exactamente o mesmo em todos os paizes.

II

Este recurso prophylatico deve variar conforme o meio em que elle se exerce, salvo para aquellas molestias cuja contagiosidade e gravidade não respeitam raças nem climas.

III

O nosso regulamento sanitario actual inclue no numero das molestias de notificação compulsoria algumas que nunca se desenvolveram entre nós e outras cuja disseminação e gravidade não têm sido reconhecidas em nosso meio.

Physiologia

I

O diapasão é empregado em physiologia para registrar a duração de certos phenomenos muito rapidos, graças ao synchronismo e á amplitude de suas vibrações.

II

O chronographo electrico de Marey não é mais do que um estylete inscriptor ligado a um diapasão interruptor por uma corrente de pilha.

III

Os diapasões de preferencia utilizados em physiologia não correspondem a nenhuma nota da gamma, e effectuam 100, 200... vibrações por segundo.

Bacteriologia

I

O coccobacillo de Pfeiffer ou coccobacillo hemophilo não é o microbio especifico da grippe.

II

O germen de Pfeiffer é um microbio ordinario da flora pathologica do pulmão.

III

Elle goza na affecção grippal o mesmo papel que o pneumococco, o estreptococco e o enterococco e muito provavelmente tambem o micrococco catarrhalis, o tetragenno e o paratetragenno zoogleico de Bezançon e de Jong.

Medicina Legal e Toxicologia

I

A pericia verificadora da impotencia é uma das mais delicadas.

II

Ella pôde ser movida por erro essencial de pessoa ou por negação de paternidade ou por violencia carnal.

III

O interrogatorio circumstanciado do paciente ao lado do exame do individuo, particularmente do apparelho genital ou melhor genito-urinario, feito conforme a pratica das sessões successivas aconselhadas pelo professor Filippi, são as condições precisas para levar ao cabo uma diligencia dessa natureza.

Clinica Obstetrica e Gynecologica

I

Com o symptoma dôr e o symptoma hemorrhagia se pôde fazer o diagnostico de aborto.

II

A dôr deve estar localisada exclusivamente na mucosa uterina e deve ser isochrona com a contractilidade do utero.

III

A therapeutica do aborto se resume em combater a dôr pelos opiaceos e a hemorrhagia pelo tamponamento.

Clinica Medica (1^a cadeira)

I

As infecções paratyphoidicas (paratyphus) são molestias offerecendo, no ponto de vista clinico, grandes analogias com a febre typhoide, mas são produzidas por um bacillo particular, muito visinho do bacillo de Eberth, embora distincto por certos caracteres precisos (bacillos paratyphicos).

II

Os bacillos paratyphicos são intermediarios ao bacillo de Eberth e ao de Escherich.

III

Distinguem-se dois typos, dos quaes um se aproxima do bacillo de Eberth e o outro do bacillo de Escherich.

Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

I

As lesões organicas são susceptiveis de repercutir sobre as funcções psychicas.

II

A loucura uremica mostra a importancia das lesões renaes na etiologia das molestias mentaes.

III

As affecções vasculares generalisadas são os principaes factores das demencias senis, alcoolicas e apoplecticas.



VISTO.—Secretaria da Faculdade de Medicina do
Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 1905.—*Dr. Brito
Silva*, sub-secretario.



