

ARCHIVOS RIO-GRANDENSES DE MEDICINA

ORGÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

PUBLICAÇÃO MENSAL

Administração:
Rua General Victorino N. 2

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno 128000
União Postal, anno 158000
Numero avulso 18000
Numero atrasado 28000

REDACTORES:

Prof. FABIO BARROS **Dr. RICARDO A. WEBER** **Dr. RENATO BARBOSA**
Prof. de physiologia da Subs. do drurgião interno Director do Gabinete de
Faculdade do Porto da Santa Casa Radiologia da Santa
Alegre Porto Alegre Casa de Porto Alegre

Secretario da redacção:

DR. JOSÉ RICALDONE - Assistente da 1.ª clinica cirurgica da Faculdade

Agent exclusif de la publicité
française

R. AUBERTEL
30, Rue d'Englun, 30 - PARIS

Toda a correspondencia deve
ser endereçada aos Archivos
Rio-Grandenses de Medicina, rua
General Victorino n. 2 - Porto
Alegre - Brazil

SUMMARIO

<i>Os nossos mortos</i> — Dr. Arthur Franco e Souza	77
Prof. Martins Gomes — <i>Cirurgia mutilante e cirurgia conservadora do ovario</i>	80
Prof. Cirne Lima — <i>Sobre a technica da apicectomy</i>	83
Rosser — <i>Problemas endocronicos em cirurgia pelvica com especial referencia a menstruação vicariante</i>	85
Prof. Octacilio Rosa — <i>Da Lithiase biliar em cirurgia</i>	85
Prof. Raul Moreira — <i>Clinica neurologica</i>	89
Prof. Annes Dias — <i>Estudo clinico da acidose (não diabetica)</i>	93
<i>Aparas medicas</i>	101
<i>Aparas cirurgicas</i>	102

NOVO TRATAMENTO DA SYPHILIS

A nova pesquisa dos Drs. SAZERAC e LEVADITI, do Instituto Pasteur de Paris, apresentada á Soc. de Biologia pelo Prof. Fournier e adoptada nos Hospitales de Paris.

NÉO-TRÉPOL

Bi-metallico precipitado e concentrado a 96 % em meio isotónico

Tratamento da Syphilis primaria, secundaria, terciaria, neuro-syphilis; hereditaria.
Injecções indoloras — sem stomatie. • A cor do producto é cinzenta muito escuro.

Concentração indolor, adoptada nos hospitales de Paris e nos serviços de doenças venereas do Brazil,

TRÉPOL

Spirilicida com base de Tartro-Bismutato especial de 64 % de Bi-
Tratamento da syphilis primaria e secundaria.

TRÉPOL

para creanças: prescrever as empolas dosificadas a razão de 0, 25mg25.

Depositario e representante exclusivo para o Brasil:

R. AUBERTEL - Caixa do Correio 1344 - RIO DE JANEIRO

LABORATORIOS H. LACROIX

V. MÉROBIAN — Suocr.

29, 31 RUE PHILIPPE E GIRARD. PARIS (X⁶)

Quinoforme Lacroix:

Indicações: Malaria, Febres palustres, Febres intermitentes. — O Sal de Quinino mais soluvel e mais rico em quinino (87,56 %). — Injecções indolores, não produzindo abscessos. Ampolas e Hostias a 0,25 e 0,50, Pilulas a 0,10 e Comprimidos a 0,10 e 0,50.

Santal Salolé Lacroix:

Para o tratamento das Cystites, Catarrho vesical, Pyelonephrite, Bleorrhagia, etc. — Antisepticas pelo Salol, não ocasionando nenhuma perturbação estomacal.

Pilulas Heleniennes Naud:

A' base de Heleniana cristallisada. — Tratamento da Leucorrhéa, Flôres Brancas, Catarrho uterino.

VANUCLEOL:

Nucleophosphato de Vanadium stryclinado, ampolas e gottas, oxydante pelo Vanadium, leucosthenico pelas Nucléinas. — Indicações: Asthenias, Neurasthenia, Estazamento, Convalescenças, Anemia, Tuberculose e Pretuberculose.

UNICO REPRESENTANTE PARA O BRASIL:
Caixa postal, 1344 - RIO DE JANEIRO

R. AUBERTEL

MONAL & CIE.

(PHARMACEUTICOS DE 1.^a CLASSE)

Santal Monal

Capsulas com azul de methyleno e sandalo — Contra: Bleorrhagias, Urethrites, Cystites, Catharros vesicaes, Prostatites, Nephrites suppuradas. Antiseptico, analgesico, diuretico. O mais activo e o mais tolerado.

Boleas Monal

Capsulas. Composição de boldo e bilis. — Contra: Hepathites chronicas, Lithiase biliar, Colicas hepaticas, Congestão do figado.

Terkal Monal

Drageas de que são base: Carbonato de gaiacol, terpina, codeina, nucleinato de calcio, fluoreto de calcio. — Contra: Constipações, Tosses rebeldes, Bronchites agudas e chronicas, Grippe, Catharros, Asthma, Emphysema pulmonar, Bronchites fetidas e em geral, tosses que acompanham as infecções (sarampo, coqueluche, etc.)

Taburol Monal

Drageas de que é base a oxyhemoglobina associada a sôro de cavallo, arrhenal e fluoreto de calcio — Contra: As anemias e todos os estados de enfraquecimento organico.

Globulos Romon

Extractos orchitico e prostatico com strichinina e ioimbina. E' o tratamento mais racional da impotencia.

Unico representante no Brasil: R. AUBERTEL

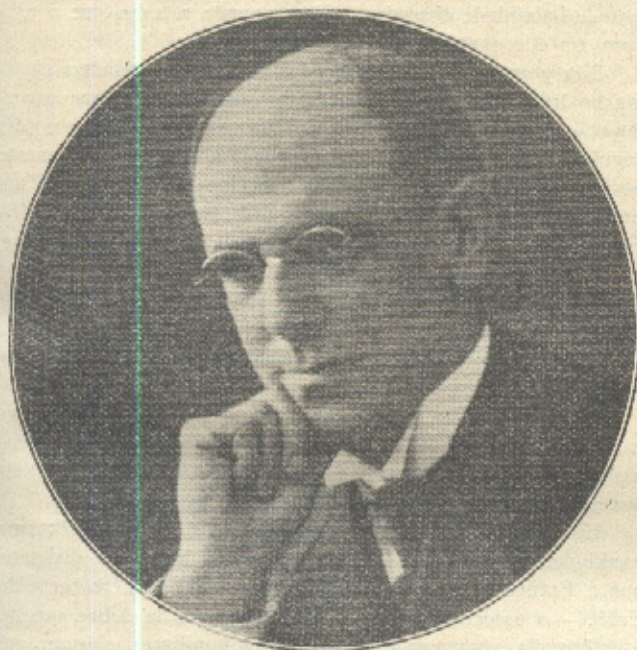
Ruada Alfandega, 114-sob. — Telephone N. 4633 — Caixa postal, 1344 — RIO

OS NOSSOS MORTOS

DR. ARTHUR FRANCO E SOUZA

Victimado por uma angina pectoris, succumbiu pela madrugada do dia 31 de julho p. p. nesta capital, o dr. Arthur Franco e Souza, conhecido medico e antigo lente da Faculdade de Medicina. Não foi com pequeno pezar que a sociedade porto-alegrense, o corpo medico local, emfim todos os que com elle mantinham relações, receberam a noticia da morte do conceituado clinico, descendente de antiga familia rio-grandense.

Natural da cidade de Cachoeira, nasceu a 29 de março



de 1874, muito joven veio para, esta capital, onde fez os seus estudos de preparatorios, seguindo depois para o Rio de Janeiro, em cuja Faculdade de Medicina se diplomou, após um curso brilhante, constituindo a sua these de doutoramento um trabalho de valor.

Concluindo o seu curso medico veio para o Rio Grande do Sul, abrindo aqui consultorio, tornando-se, em pouco tempo, um notavel cirurgião, honrando com raro brilho a cirurgia rio-grandense.

Não obstante os seus multiplos affazeres, collaborava em revistas medicas daqui, de outros pontos do paiz e até do estrangeiro, tendo o Collegio Cirurgico Norte Americano, o nomeado seu membro correspondente, convidando-o para excursionar aos Estados Unidos, onde já era conhecido pelas valiosas contribuições scientificas publicadas em revistas daquelle paiz.

Mas o dr. Arthur Franco não era, somente, um habil cirurgião, era tambem um dos ornamentos do corpo docente da Faculdade de Medicina.

Assim, a 8 de março de 1899, pouco depois de ter chegado do Rio de Janeiro, a congregação da Faculdade de Medicina, tendo em vista o bom nome de que era portador o joven medico, nomeou-o professor substituto da cadeira de anatomia cirurgica, promovendo-o em 1902 a lente cathedra-tico de anatomia medico-cirurgica pelos bons serviços que,

em poucos annos, já vinha prestando áquelle estabelecimento de ensino. Em 17 de abril de 1918 foi transferido para a 1.ª cadeira de clinica medico-cirurgica, vaga pelo fallecimento do respectivo lente, dr. Carlos Wallau, cujo nome ainda é lembrado com viva saudade na classe medica rio-grandense.

Durante 20 annos prefeccionou elle na Faculdade de Medicina, deixando um traço inapagavel na cathedra que regia, constituindo a sua morte uma grande perda para aquella Academia. O dr. Arthur Franco fazia tambem parte do corpo docente da Faculdade de Direito, regendo a cadeira de medicina legal.

Ainda outra bella qualidade possuia o dr. Arthur Franco para lhe realçar o seu caracter, era a sua assiduidade como medico do hospital da Santa Casa, servindo muitos annos como adjuncto da 4.ª enfermaria (clinica cirurgica), hoje Enfermaria Dr. Wallau, da qual, após a morte do seu patrono, foi nomeado director, posto que tambem occupava com bastante brilho. Ainda na vespera do seu fallecimento estivera ali praticando varias operações, com o mesmo carinho dos seus primeiros annos de medico do hospital da Santa Casa. A sua operosidade como medico se reafirmára na madrugada de hontem, horas antes do seu trespasso, attendendo a um chamado naquella profissão, que abraçara com grande amor.

E por ultimo, um dos seus mais bellos predicados era o de exemplar e dedicadissimo chefe de familia, qualidade esta que tambem o punha em grande destaque na sociedade rio-grandense. Com a morte do dr. Arthur Franco, o corpo medico do Estado perde um dos mais illustres ornamentos, a Faculdade de Medicina, um dos seus provecos lentes e a Santa Casa um dos prestativos medicos dos pobres que affluem ás suas enfermarias. Este era o perfil social do apreciado patrio, que succumbiu repentinamente aos 49 annos de idade, deixando a lamentar o seu passamento além de sua exma. viuva d. Julia de Castilhos Franco, filha do finado dr. Julio de Castilhos, os seus tres filhos, a senhorita Ilka e os jovens Arthur e Paulo Franco.

O dr. Arthur Franco, era filho do finado desembargador James Franco e Souza que foi durante muitos annos presidente do Superior Tribunal, e da exma. senhora d. Angelica Franco e Souza, que ainda vive, em avançada idade; irmão dos drs. Leonardo Macedonia Franco e Souza, secretario da Faculdade de Direito; e Carlos Franco, engenheiro residente em São Paulo; sr. Mario Franco, fazendeiro, em Jaguary e da exma. viuva do dr. Rodolpho Masson.

A morte do dr. Arthur Franco divulgada momentos depois do seu fallecimento, ecoou dolorosamente em todas as classes sociais, affluindo logo á casa de sua exma. familia collegas, alumnos e numerosos amigos, affim de compartilhar da dôr que ella soffreu com a perda de seu bemquisto chefe.

O seu corpo collocado em fino esquife, foi sempre velado por innumeradas exmas. familias e cavalheiros, sendo tambem numerosas e finissimas as corôas enviadas por parentes e pessoas amigas e corporações da qual fazia parte.

Dentre as numerosas homenagens prestadas ao pranteado morto, destacamos as da Sociedade de Medicina desta Capital.

A seguir damos o discurso proferido pelo dr. Guerra Blessmann, e que foi muito apreciado por todos os presentes:

« Exmo. sr. presidente — Meus caros collegas e consocios — Meus senhores. — Foi naquella manhã brumosa e fria do ultimo dia de julho, quando os primeiros raios de luz, atravessando densa nevoa, começavam a despertar os que matinam, que o braço tragico da Fatalidade, attingindo o leito em que tranquillamente reponsava, dormindo, o nosso illustre con-

frade, roubou-lhe inesperadamente a vida. Era talvez preciso um golpe destes, para aniquilar aquelle organismo de batalhador emerito; era necessario que a propria morte o ferisse traioeiramente para que do nosso convívio diario desapparecesse o lutador que nunca soube esmorecer, em qualquer problema, por mais difficil que fosse, quer na sua vida particular, quer na sua vida profissional.

Vimol-o momentos após, ainda no leito, rodeado da familia estremosa, então desolada.

No seu rosto, sereno e calmo, uma lagrima traduzia, talvez, o seu adeus de despedida á vida que elle tanto amara, e á qual ainda se julgava, ha pouco, tão preso.

Tanta calma e tranquillidade encontrou na morte porque provavelmente nos ultimos momentos a voz da consciencia scgredou-lhe, afirmando que muito mais bens espalhara do que males praticára.

A noticia de sua morte foi como bem o sabeis tristemente recebida por todos, pelos seus collegas, pelos seus alumnos, pelos seus amigos, pelos seus clientes, quer ricos, quer pobres e as homenagens que foram e ainda serão prestadas em sua memoria, bem alto traduzem a significação que merecidamente tinha em nosso meio, o emerito e distincto collega.

Quiz o presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre que nesta sessão especial fosse em um dos oradores. Aceitei, não recuei ante a ingente tarefa, porque necessario se tornava que alguém que bem o conhecesse viesse recordar neste momento quem foi, principalmente como profissional, o prof. Arthur Franco. Venho desobrigar-me, sem phrases rebuscadas, em linguagem modesta, mas sincera, como convem em se tratando de uma alma grande, mas simples e bondosa, despida de qualquer vaidade, como a do collega cujo fallecimento pranteamos.

Ha justamente tres lustros que eu o acompanhava na clinica hospitalar, sendo que, ha mais de um decennio, como seu assistente, em estreito convívio, sempre na maior intimidade, diariamente admirando a soberba contextura de seu formoso caracter, como homem e como profissional.

No hospital, Franco foi ao começo assistente de Wallau, cuja figura tambem devemos recondar com saudade, attentas suas grandes qualidades, nunca sufficientemente repetidas. Educado, por assim dizer, na escola deste grande mestre da cirurgia rio-grandense, foi depois o seu distincto continuador. Todos vós lá o vistes, muita vez, calmo, decidido, de inquebrantavel energia nas suas resoluções, sempre prompto, até quando fatigado, a iniciar novas intervenções, desde que ellas pudessem dar algum allivio aos soffredores; em poucas palavras, vistes lá sempre o cirurgião operoso, convencido da magnificencia de sua arte.

Quem visse a grande sensibilidade e extraordinária doçura de seus sentimentos, concluiria que bem inexacta é, como disse J. L. Faure, a exdruxula representação actual dos cirurgiões, feitos pelos pintores e caricaturistas como individuos brutacos, insensíveis e cruéis.

A calma, a tranquillidade e o bom humor, apparentes em um cirurgião, não traduzem em certas occasiões o que lhe vae na alma.

Si todos os seus estados d'alma na physionomia se estampassem, a todo o momento a mascara seria outra. Não ha como a cirurgia para produzir emoções; é preciso uma forte organização afim de na luta incessante, diaria, resistirmos a todas que nos assaltam.

Energico quando era preciso, sem perder a calma, sabia, como bom cirurgião, o que devia fazer ueste ou naquelle caso urgente, ora, impondo, com convicção firme, uma intervenção necessaria, ora, adiando, com a mesma energia, a ideia de uma operação, temporariamente contra-indicada.

Energico e prompto em resoluções que na cirurgia devem

às vezes ser tomadas durante o proprio acto operatorio, Franco sempre sabia, sem perda de tempo, tomar o caminho que lhe parecia mais acertado, sempre que possivel o que menor mutilação podesse acarretar para o paciente.

Estudioso, possuidor de escolhida collecção de livros e revistas de cirurgia, raro era o assumpto, por mais novo que fosse sobre o qual elle não formasse logo uma opinião judiciosa.

E assim tambem demonstrou, surpreendentemente em algumas occasiões, suas bellas qualidades de bom julgador.

Como professor, salientava-se pelo espirito pratico com que encarava os mais difficéis, como os mais fáceis e communs problemas da cirurgia, chamando a attenção dos alumnos para os pontos capitaes que muita vez são, na vida pratica, os escolhidos em que tropeçam os principiantes. E, tudo isto, fazia em uma synthese admiravel e invejavel que tornavam tão attrahentes suas palestras. Nunca vimos Franco occultar este ou aquelle ponto de uma technica, com a preocupação de elevar sua grande habilidade cirurgica. Sinceramente a todos que o procuravam elle expunha os seus conhecimentos.

Era pouco affeito ás chamadas prelecções; ensinava cirurgia no leito do doente e na sala de operações, era sua preocupação exclusiva, como professor, formar praticos, que no dia seguinte viessem na labuta da clinica, alliviar promptamente os que soffrem, e não, formar individuos portadores de um titulo e de grandes conhecimentos theoreticos, por vezes, difficéis de arranjar e pôr em ordem, nas occasiões delicadas, quando uma resolução rapida se impõe.

Possuidor de rigorosa technica, foi sempre um entusiasta, até ao dia de sua morte, pela arte que abraçou.

Clinico de grande serviço, pouco tempo lhe sobrava para publicar trabalhos seus.

Aqui mesmo na Sociedade, muitos de seus interessantes casos clinicos foram trazidos ao vosso conhecimento pelos seus assistentes, pois ao emerito director da Enfermaria Dr. Wallau, pouco repouso davam os doentes.

Elle foi em nosso meio o introductor de varios processos e technicas operatorias. Ainda ha pouco aqui vos dissemos que a Franco se deve a introdução da grande descoberta de Crille — a associação inócuca — As technicas de Albee, quanto á orthopedia e reconstrução, lhe eram familiares, e foram até agora exclusivamente praticadas por elle entre nós. O enxerto de orgaos, enxerto de ovario tambem foi por elle praticado em primeira mão.

Executava todas as intervenções com a mesma dedicação, o mesmo cuidado, e identica maestria, desde a mais leve á mais grave. Manejava tão bem o instrumento de uma granullectomia, como o de uma cholecystectomia ou outra operação abdominal.

Si alguma inclinação nos foi possivel descobrir para este ou aquelle campo da cirurgia, grriscariamos dizer que elle preferia a cirurgia abdominal. Ahí é para accentuar o cuidado que elle votava ás suturas, quer as de uma anastomose, por exemplo, quer quando já terminada a operação intra-abdominal, a minucia com que refazia a parede.

No hospital gastava uma boa parte do dia, mas nunca se cansava de repetir que ali tinha sido, era e seria a sua escola. Era preciso trabalhar na enfermaria, era necessario allivar o soffrimento dos que lá se encontravam o mais depressa possivel, para que novos pacientes viessem occupar aquellas camas. Com isto tambem procurava elle ter sempre, o maior numero possivel de casos para estudar, na ancia de satisfazer a sua infinita sede, nunca saciada, de pratica e mais pratica.

Na clinica privada são sem numero os casos em que, para satisfazer os desejos ou exigencias dos clientes, operava em domicilio. Vimol-o, vezes sem conta, praticar intervenções nos hospitaes pela manhã e á tarde, achando ainda tempo para

operar no mesmo dia em domicilio, e, quando era preciso, Franco, parteiro, ainda na mesma noite, furtava algumas horas ao seu repouso tão necessario e ia attender alguma parturiente que no leito de maternidade reclamava insistentemente os seus cuidados.

Era um trabalhador infatigavel. Si cada uma de todas as suas outras excellentes qualidades não fossem por si só sufficientes para inscrever o nome de Arthur Franco entre os que de nós já se apartaram, muito tendo honrado a medicina rio-grandense, bastaria esta invejavel capacidade de trabalho, que nunca conheceu esmorecimentos, para assignalal-o como um benemerito profissional, cujo nome deve ser por nós guardado como uma reliquia, servindo de encorajamento a muitos em momentos de desanimo, servindo de exemplo a todos. Trabalhou, como sabeis, até o momento de se recolher, horas tardias da noite, ao seu leito de repouso, que cinco horas após, ás 5 ½ horas da manhã de 31 de julho, seria o seu leito de morte.

Si bem que nós, os seus intimos, de pouco tempo a esta parte, viessemos notando em sua physionomia o traço de qualquer provavel soffrimento occulto e com elle instassemos para que repousasse e se fizesse examinar, Franco não queria admitir neste sentido qualquer hypothese, porque principalmente elle temia uma possível invalidéz que, desde o exemplo de Wallau, não deixara de o atemorisar. Trabalhava infatigavelmente porque amava o trabalho e foi este que provavelmente exgotou aos poucos e de modo sorrateiro o seu organismo. Assim não será difficil concluir que elle foi victima de seu maior amigo — o trabalho.

Abeirava-se dos cincoenta annos e julgava que sua resistência, nunca d'antes enfraquecida, iria fazer com que ultrapassasse este limite, em geral, hoje considerado, o maximo da vida activa de um cirurgião.

Não ha, já vos disse, como a cirurgia para nos dar, a cada passo, emoções tristes ou alegres.

Aquelles, porém, que como o nosso preclaro collega amam-na aceitam todas, visando exclusivamente bem cumprir o seu dever, satisfazendo a sua consciencia e arte, para elles, tão bella.

Quem pratica por amor a cirurgia não teme obstaculos quaesquer sejam, entrega-se todo a ella, de corpo e alma.

Haverá maior signal de estoicidade, do que o cirurgião saber que tem sua vida mais ou menos limitada, e no entanto fiel ao seu juramento, preso á paixão que consagra a sua profissão, não se entregar, não descançar, lutar sempre e cada vez mais, inumeras vezes em prejuizo da sua pessoa, e da sua familia?

Todos nós fomos censurados hontem, somos criticados hoje e seremos condemnados amanhã porque, neste ou naquella caso, erramos. São tropeços diarios da, muitas vezes, hoje incommoda e mal recompensada vida dos clinicos.

Com a nossa consciencia tranquilla, certos de que sempre procuramos desta ou daquella fórma fazer o bem, deixamos passar as injustas referencias que nos fazem, vendo muitas vezes, aqui um sentimento mal contido, ali a ignorancia, ora o despeito, ora a inveja.

Na tua vida, Franco, naturalmente erraste, como todos, indistinctamente e sem excepção erramos. Mas, estou certo, a tua consciencia te affirmou que si erraste foi sempre na esperanza de alliviar um soffrimento, de fazer exclusivamente o bem. E, si por ahí riem, alguém houver livre da culpa de ter errado, este que, sobre a tua figura invejavel de homem e cirurgião, atire a primeira pedra.

Como orgulhosa recordação de tua carreira, a medicina rio-grandense ha de sempre lembrar que foste o profissional emerito, estudioso e acatado, conhecedor de todos os segredos da cirurgia que se fez no proprio seio desta terra dos Pam-

pas, pois nunca tiveste na tua arte aprendizagem com professores no estrangeiro. Formaste o teu glorioso nome aqui, és exclusivamente nosso, para nosso orgulho.

Filho amantissimo, marido extremoso, pae dedicado, Franco ainda poderia talvez muito ter vivido, grandes ensinamentos nos legado e inumeros serviços prestando, si tanto não se tivesse sacrificado pela carreira que abraçara.

Per ahí vêde, meus senhores, quem foi o collega que perdemos na nevoenta e gélida manhã em que despertados pela funebre noticia, um a um, desolados, como que desarvorados, ante o inesperado da desgraçada nova, accorriamos, nós os seus collegas, a depositar sobre seu corpo ainda quente as lagrimas da nossa eterna recordação e da nossa perecne saudade.

Agora, que alguns dias são passados, poucos ainda, para bem podermos avaliar a extensão de sua obra, um consolo tenhamos: si da nossa intimidade diaria fugiu, entregue á campã fria, o corpo de Arthur Franco, nunca mais se apartará de nós o seu espirito que ha de commosco eternamente viver em saudosas reminiscencias. Nunca poderás ser esquecido pelos teus collegas, pelos teus amigos, pelos teus discipulos.

Honra á tua memoria, paz á tua alma.»

O DISCURSO DO DR. OCTACILIO ROSA

A seguir, falou o dr. Octacilio Rosa, que pronunciou a seguinte oração que foi muito applaudida pela assistencia:

«Senhores — Ha cerca de 14 annos iniciava na então 4.ª enfermaria do nosso hospital, cirurgica um estudante obscuro.

Recebido como interno pelo saudoso prof. Wallau, creador dessa escola de bondade e probidade profissional, que o é incontestavelmente a 4.ª secção, lá elle encontrou o dr. Arthur Franco.

Era elle o primeiro assistente do serviço.

El desde então o humilde quartanista começou a venerar o eminente cirurgião, cuja perda hoje deploramos.

E porque?

Permittam-me que neste momento em que, alma genuflexa, homenageamos mais com o sentir do que com a palavra a sua memoria, eu diga sinceramente que a unica credencial que eu apresentei áquelles saudosos estres, distinguindo-me dos meus collegas, foi a pobreza.

Sim, meus senhores, para aquellas duas consciencias justas, abroqueladas pela bondade, eguaes em tudo — tão sómente bastava.

E nos meus instantes de luta, quando me periclitava a vontade, surgia-me então e sempre a figura bondosa, o exemplo vivo do nosso saudoso amigo, que tambem elle a golpes de vontade vencera na vida e me amparara moral e materialmente.

E no decurso desses longos annos em que entre nós «a amizade se tornou solida pela maturidade da idade e do espirito», nunca me foi dado observar um deslize sequer do seu caracter.

O estudante pobre, o collega que batalhava pelo bem estar de sua familia, encontrára sempre em Arthur Franco apoio seguro.

Ha cerca de um mez, dizia-me elle, a respeito de um estimado e infeliz collega, talvez já esquecido de todos: «precisamos salvá-lo, dando-lhe serviços».

Quando elle pronunciou essa phrase, si eu não estivesse habituado com os impulsos do seu grande coração, desse coração que o fulminou, talvez me surprehendesse — tal foi a unção como a disse.

Mas, não, qualquer de vós o tereis comprehendido, o trabalho era a sua religião.

Que nos importam os pequenos defeitos que porventura tivesse Arthur Franco, si a maxima virtude, aquella que lhe caracterisava a existencia era a caridade?

Character leal, nunca a malidicencia na profissão, que assassina a honra, que destróe a reputação, que procura interpretar a seu modo o proceder mais innocente lhe maculou a consciencia, lhe turvou a serenidade. Sempre elle tinha, com a sua grande bondade, uma phrase caridosa que afastava do collega incriminado as suspeitas maliciosas, como uma restea de luz afasta as trevas, como a chuva de Deus purifica os ares.

O seu codigo de ethica, estava enquadado em regras, não escriptas em papel, mas em sua consciencia, com caracteres indeleveis, gravados os primeiros pelo exemplo fruido de seu pe.

A lealdade era a base do seu proceder para com o collega, para com o doente.

Valorisava sempre que podia o trabalho dos outros, não para elevar o seu, mas para significar a profissão.

Como professor, a sua palavra singela e sincera não só transmittia sciencia, como conselhos para a vida pratica.

Estimulava, tanto quanto ensinava.

E para elle o ensinar ao leito do doente a fazer o diagnostico cirurgico, á meza de operações a therapeutica indicada, era, senhores, grande sacrificio, pois, lhe roubava tempo precioso de sua vasta clinica.

Só o amor á nossa escola, só a affeição aos seus alumnos, só o amor á sua terra bastavam-lhe entretanto para lhe recompensar do tempo dispendido.

«Não para nós, os professores actuaes, mas para os senhores, futuros mestres e apontava para os seus internos, foi construída esta escola, dizia elle, ha pouco, no dia 26 de julho.

Quem quizesse ver a sua physionomia aclarar-se num sorriso de satisfação, levassem-lhe a noticia do triumpho de um de seus alumnos.

Era Arthur Franco, cirurgião notavel, de technica impecavel, de resoluções rapidas, apanhando com verdadeiro talento a situação do doente e resolvendo sem vacillar, a indicação immediata ou retardataria, da intervenção.

Trabalhador infatigavel, nunca, podemos affirmar, os que com elle trabalhavam, periclitar a vida de um paciente pela sua hesitação.

Ricos e pobres tinham em Arthur Franco o cirurgião que os attendia em qualquer hora do dia e da noite.

Que o digam os seus numerosos clientes; que o diga a Enfermaria Dr. Wallau, onde duas vezes ao dia, lá estava, theatro que foi dos seus muitos successos cirurgicos, templo onde ministrava á mocidade os seus ensinamentos; que fale a 1.ª classe do hospital, onde maior era o numero dos que lhe pagaram tão sómente com gratidão, moeda de subido valor, martellada pelo soffrimento daquelles que elle curava, temperada pelas lagrimas daquelles que elle consolava...

A sua competencia como cirurgião, parteiro e gynecologista dispensa qualquer commentario.

Progressista e habilidoso como poucos, firmou entre nós a reputação da enxertia ossea e ovariana. Amante da cirurgia abdominal conhecia-lhe todos os segredos. E ao proprio cerebro soffredor, comprimido em seu estejo osseo, a mão habil de Arthur Franco levava-lhe allivio...

Era, senhores, em fim, como o sabeis, um verdadeiro, um grande cirurgião, tanto nas pequenas, como nas grandes operações.

Mas, não só o soffrimento physico encontrava nelle o seu remedio. A dor moral do doente e daquelles que o cercavam

era mitigada pelo carinho inexcedivel, pela bondade que lhe fugia do olhar, pela sensação de fortaleza que todos sentiam ao se lhe approximarem.

Que o digam aquelles que tiveram a ventura de tel-o á sua cabeccira e que hoje choram-lhe o desaparecimento. Que o digam aquelles lares, onde qual anjo protector, elle restituiu a esposa, o filho e muitas vezes quiçá a tranquillidade moral.

Resumindo-lhe a vida de cirurgião, o porque da aureola que o cercou no seio da cirurgia rio-grandense — podemos applicar-lhe com justeza os versos de Rostand, quando Cyrano, inflammado por nobre orgulho, assim termina:

Nada escrever jamais que eu mesmo não produza,
E, modesto, dizer á minha, altiva Musa:
«Seja do teu pomar, teu proprio — o que tu colhas;
Embora fructo, flór ou simplesmente folhas.
Depois, si acaso a gloria entrar pela janella,
A Cesar não dever a minima parcella,
Guardar para mim mesmo a gratidão mais pura;
Emfim, sem ser a hera, a parasita obscura
Nem o carvalho e o til — gigantes do caminho
Subir, não muito sim; porém subir sosinho.

Senhores, si Deus perdôa as nossas faltas, indirectamente pelos seus ministros, si nos dá o soffrimento como remedio aos nossos peccados, — Deus o recompensou directamente pelo bem que elle praticou, poupando-lhe o soffrer moral de abandonar a mãe amada, a esposa querida, os filhos estremecidos; — Deus o ungiu, passando-o sem lhe alterar a physionomia serena, de um somno de horas para o dormir eterno.

Feliz o homem que vencedor na vida, deixa ao morrer sómente amigos que o chamam e um nome que é um symbolo de trabalho, de honra, de bondade...

Arthur Franco, senhores, foi feliz; viveu lutando, morreu sorrindo.

Cirurgia mutilante e cirurgia conservadora do ovario

pelo prof. Martins Gomes

Substituto da 10. secção (Clinica obstetrica e gynecologica)

Ainda ha pouco, era cousa facil optar pela conservação, ou pela extirpação do ovario de aspecto perfeito, quando se fazia uma hysterectomia.

E em quasi toda parte assim é, ainda. Na França, em geral, tende-se a conservar, por mais que, dada a minima duvida, sobre a pureza do orgão, não se hesite em eliminá-lo. Assim opina J. L. Faure, figura central da gynecologia. Já porém, ao lado, Tuffler, irreductivelmente, extirpa de mão firme. Para elle o ovario não tem valor sem utero.

Para elle, esse ovario não funciona: duas affirmativas, aliás, mais que fragels, e abaladas pelas ultimas observações, e pelas novas idéias correntes.

Na Alemanha o mesmo se dá, em conjuncto. Ainda a ultima edição da obra de Kroenig e Doederlein se pauta pelo mesmo preceito, inclinando-se para a conservação, na medida do possível. Eguamente nos cirurgiões inglezes, posto que, entre estes, haja talvez mais radicalismo, e extirpe-se mais. Nota-se, porém, nelles, uma pratica mais frequente da enxertia do ovario, o que é um correctivo salutar, e, com ser ephemero, nem por isso deixa de suavisar a brutalidade com que se deflagra, em organizações taradas, o abalo da menopausa cirurgica.

Nos Estados Unidos ia a questão no mesmissimo pé... é em cada sessão de sociedade gynecologica, onde porventura disso cogitassem, era de ver-se o grupo dos que conservam, mais numerozo, quasi sempre, do que os mutilantes, e não faltando, até os *transiugas*, pois entre os dois partidos havia alguns que transigiam e mudavam. Era tudo simples. Puros argumentos de clinica, observações de operadas que se distribuem em dois grupos, conforme tinham ovario, ou não o tinham. Para ambas as hypotheses apontavam-se inconvenientes. Algumas das em que o órgão foi de todo amputado soffriam os males da menopausa. Porém algumas das outras, que ficaram com um ovario, precisaram nova operação, ás vezes mais grave do que a primitiva. Esta emergencia é tão desagradavel, que della vem a maioria dos mais convictos e decididos extirpadores.

Esta corrente augmenta, e raros serão os que, uma vez nella fillados, se apartem mais tarde. Repousa em pesados argumentos. Provisoriamente talvez, a mais verdadeira.

E', até, uma segura medida de prudencia, do medico, para consigo mesmo, em dadas circumstancias, prevenindo responsabilidades e encommodos, mórmente quando o clinico já tem visto repontar, de dentro do cliente, que hontem o endecava, o inimigo commum, ou ignorante, ou simplesmente psychasthenico...

Fóra da clinica, a anatomia era tambem simples, como a physiologia, no ministrar os elementos com que se compunha um preceito de conservação, ou extirpação...

Eis, porém, que, em suas funções mysteriosas, este órgão entremostra maravilhas, que deslumbram.

Sua propria anatomia tambem requer mais attenção, e, depois do trabalho de Clark, sobre os vasos sanguineos, surge, em 1917, o estudo de John A. Sampson sobre "as variações na circulação sanguinea do ovario", onde a uterina, e a ovariana, são descriptas nos seus diversos typos anatomicos de distribuição.

Vê-se, pela disposição arterial, que o autor observou após injectar com bismutho, que elle tem razão de concluir, com Dickinson, que, dada a impossibilidade de conhecer na operação, o typo de distribuição sanguinea do ovario que se pensa conservar, não se deve nunca remover a trompa do lado da conservação do ovario, nas hysterectomias.

Mas o terreno experimental tambem foi perinstrado. Nesse se manifestou Isidor Kross, recentemente.

E' um libello accusatorio, contra o "conservacionismo". Empregaram-se ratas jovens, em plena maturidade sexual. Quatro grupos de experiencias dispoz Kross. Nos dois primeiros, houve hysterectomia:

a) — com ligatura dos vasos sanguineos irrigadores do órgão poupado;

b) — hysterectomias, que deixavam intacta a circulação ovariana.

Nos dois ultimos casos, só differia o processo quanto ao tratamento do utero; fazia-se ablação da metade, apenas, delle, uma hemi-hysterectomia. O ovario era submettido ao mesmo trato. Donde resulta, portanto:

c) — hemi-hysterectomia, ovarios com vasos sanguineos ligados, do mesmo lado.

b) — hemi-hysterectomia, ovarios com irrigação sanguinea respeitada.

Sacrificados os animaes, o exame microscopico seriado demonstrou:

no grupo a — signaes claros de degeneração, tanto mais intensa quanto mais distante a operação;

no grupo b (onde se deixou a circulação), a mesma degeneração, e, até, mais rapida na mesma unidade de tempo;

no grupo c — e no d, os ovarios eram perfectos, com excepção de dois casos, em que surgiam alterações degenerativas.

Em summa, nas suas conclusões, Kross julga ter base para affirmar, que, em toda hysterectomia, é muito mais seguro extirpar os ovarios, (it is safer to remove the ovaries).

Será, si o quiserem os radicalistas impenitentes. O preceito não resulta mal. Mas nem por isso é despropositado lembrar que rato não é gente...

Aliás, a eliminação impiedosa é a pragmatica de Graves, que na observação clinica se baseia com demorados e pacientes trabalhos. Elle é categorico e não tem mudado muito.

Sua opinião tem-se imposto.

Examinada larga legião de hysterectomizadas, julga elle bem esteladas duas noções importantes.

Professa que as perturbações vaso-motoras com equal vehemencia se notam, quer seja o ovario conservado, extirpado, ou transplantado. Igual, ou quasi equal. Relata, por outro lado, a constante possibilidade de novas operações, sérias, graves, para retirar o ovario deixado. Ora, esse órgão, causa dos soffrimentos, revela-se então infectado, cystico, degenerado, adherente. E é, na verdade, da experiencia commum da clinica.

Disso não destôa muito Polak. Pois que 73, (isto é 24%) das suas 300 hysterectomizadas, acompanhadas cinco annos, estiveram na contingencia de nova operação, em identicas condições.

E assim muitos outros advogam a eliminação completa inspirados no horror de nova operação inesperada, proditoria, e, não raro, grave.

Ha-os, porém, e não menos illustres, nem menos convictos, que se esmeram em conservar o ovario, evitando o traumatismo, as adherencias, assegurando a percepção sanguinea, ainda que não trepidem, ao minimo laivo de molestia do órgão, em removel-o decididamente. Ainda a esses, por seu turno, não lhes fallece razão, nem logica. Commoveu-os, porventura, na clinica, a grande alteração de character, em pós a menopausa artificial, em certas mulheres. Abalou-os, sem duvida, um numero acaso estirado de reconditas tristezas, ou irremediaveis torturas, de certas almas que se não conformam com o desbarato da sexualidade, onde quasi exclusivamente puzeram o fito de sua vida. E assim, ás cégas, cada qual das duas tendencias, partindo do motivo impressionante, que a clinica lhe ministrou, por ahí vai, caminhos oppostos, e precipitadamente. E, no emtanto, o problema é muito mais complexo do que ao inicio se nos afigurava. Estamos ainda quasi á mingua de dados seguros sobre as funções do ovario, sobre os signaes e os effeitos da falta delle. Nem outra será, talvez, a razão por que um espirito como Graves fundamenta uma extranha theoria, deante destes extranhos casos: em varios delles, a retenção do ovario foi acompanhada de severos symptomas de paradoxal menopausa. Pois bem, retirado o ovario, que ficára, desaparece-

ram os signaes da menopausa... Baste-nos citar os factos: dispensemos a theoria.

Ora, os dois caminhos inflexiveis, por onde enfileiram os operadores, deixam, provavelmente, entre si, num termo medio, a verdadeira passagem para a verdade.

Tudo parece indicar que o aperfeioamento da cirurgia uterina, assegurando melhores condições de vitalidade ao ovario, e o progresso da physiologia, prefixando as variantes individuaes particularmente taradas, constituem esperanças duma solução, não mul remota, do problema.

A este respeito é curioso lembrar que a enxertia ovariana, especialmente a subcutanea, por mais ephemera que lhe resultem os efeitos, constitue um provisorio termo medio entre a conservação e o exterminio.

Numa "contribution à l'étude de la greffe clinique de tissu ovarique" De Bruyne discute primeiro nove casos da literatura medica anterior, e nos quaes um enxerto ovarico foi examinado ao microscopio. Os resultados emparelham com os do autor, feito 173 dias após a transplantação.

No seu proprio caso, encontrou kystos demasiado irregulares de estructura, e cujas paredes abrigavam tecidos luteinico proliferado. Teriam mais dilatada existencia, que no ovario, as cellulas luteinicas do enxerto. Relata Bruyne 58 ovaro-salpingo-hysterectomias com enxerto ovarico.

Dá-se em 40 p. cento a congestão e hypertrophia do enxerto. Em 78 p. cento dos casos de hypertrophia logrou-se prevenir a perturbação da menopausa prematura. Acima de 40 anos, não ha hypertrophia.

No anno passado, na *New York Obstetrical Society*, manifestava-se hesitante, vago e transigente um dos mais documentados espiritos neste assumpto: "the pendulum has swung twice in my clinic from conservatism to ablation and now it has swung back to conservatism..." A phrase é expressiva. Indica a tendencia fundamental para o ideal da conservação.

E, se duas vezes, ao embate dos desastres, immanentes á arte em via da perfeição, a extirpação radical offerceia o socego facil, ao espirito do operador. — no fundo nobre do cerebro do cirurgião demorava a idea mais elevada, mais scientifica, e menos egoista que pedia, tambem, o socego, não tão facil, á vida das operadas.

E' que ha uma differença, real e pratica, entre o operador, que cõrta e cicatriza, e o cirurgião que estuda, previne, e não esquece nunca um ideal orientador, no gizar as indicações difficilimas, no revolto das idiosincrasias, e das singularidades, que tumultuam na clinica...

Em verdade, o temperamento imprime a cada individuo, frequentemente, uma feição particular que desmente, de quando em quando, pretenciosas previsões. Nesta consideração se elucidam falsos paradoxos, como o de Graves, a que já nos referimos, e do qual não destoam Schickele nem Walthard.

Tal é a intuição geral de Clark e de Norris, no ultimo, e no mais ponderado estudo deste objecto. Entretanto, sua tendencia para o "conservacionismo" foi talvez menos difficil, adstricto, como ficou, á hysteromyomectomia, abstracção feita das metro-annexites, circumstancia muito de levar em conta. Da analyse de 374 observados, os autores firmam tres noções previas, que não ferem muito a opinião geral:

I) — Excellentes resultados podem ser obtidos com a hysteromyomectomia, quer se retire, quer se deixe o ovario.

II) — A severidade da menopausa cirurgica depende mais do temperamento, que da idade da operada.

III — Raramente dá perturbações o ovario conservado.

Emfim, salutar inicio de estudos se nos depara em Clark e Norris. Justapondo aos seus, os dados adquiridos alhures, os emeritos cirurgiões de Philadelphia perguntam-se: que deve estudar o medico para garantia do bem resultado na conservação do ovario?

De tres factores, depende, para elles, o exito feliz:

1.º — A capacidade do cirurgião no affirmar a sanidade do ovario.

2.º — Rigorosa segurança da irrigação sanguinea do ovario.

3.º — Uma posição e sede anatomica que não dêm a queda para o Douglas.

Cada uma dessas tres condições implica uma série de noções clinicas, de aquisições anatomicas, e physiologicas, e technica miuda no processo operatorio.

Tal é o resumo que nos dá uma vista á distancia da marcha e da tendencia que se nos afigura dominar actualmente. Prudencia no tentar a conservação. E, enquanto a cirurgia e a clinica esmeram-se mais e mais, nota-se todo um vivo trabalho na pesquisa das causas das perturbações do ovario conservado.

Adherencias, — varios graus de degeneração — e diversus formas de infecção: — assim se distribuem, em tres grupos, as alterações pathologicas descobertas no ovario re-operado.

Ora, a infecção pôde attingir o ovario por varios formas, quer na operação, quer por via lymphatica, atravez de adherencias intestinaes, ou propagando-se atravez do collo uterino, na occasião da intervenção, ou simplesmente por via hematogenica.

Mas, eu desejo, aqui, chamar a attenção para um factor que me lembra ter visto indigitado, como especialmente causante da infecção do ovario conservado.

Vou resumir uma das observações que colhi, relativas a esse processo de infecção.

H. R., vinte e oito annos, solteira, artista, haverá tres annos, appareceu-me no consultorio, para "suigner son flux". Não mais a encommoda, salvo uma prisão de ventre, que ella combate, aliás, com Pterolatum. Havia um anno e tanto submetera-se a uma hysterectomia, no Rio, da qual salvou um ovario, á esquerda. Até então, nunca tinha tido signaes de menopausa, nem geraes, nem vasomotores, nem trophicos, nem psychicos, nem sexuaes. Nem agora, passados mais tres annos. Sua hysterectomia, de evolução normal, foi motivada por uma metro-salpingite.

Ao exame local vejo um collo arredondado, de orificio puntiforme, retendo no interior regular quantidade duma secreção viscosa, amarellada. Não havia gonococos manifestos. Sente-se o ovario, talvez um pouco volumoso, normalmente doloroso, em sede anatomica boa.

Proponho debridar o collo. Não acceita, apesar dos topicos não darem resultado. Algum tempo mais tarde reapparece-me, "pour qu'on la revise". Collo intumescido, doloroso, congesto, ichoroso. Ella confessa, porém,

Fôra a outro consultorio. Cauterizaram-lhe o collo diariamente com iodo. Mais tarde, com nitrato. Ella não sabe a dose mas, "ça saignait..."

Ordeno repouso "complet, au lit."

Porém, já era tarde. No dia seguinte, nauseas, febre de 38 a 39, ovario doloroso, tumido, nitidamente augmentado de volume. E uma ovarite infecciosa, aguda, desenrola, todo um longo mez, a sua evolução.

Nem só a estenose do ostio externo, porém, será causa de retenções infectantes. Poderia citar aqui observações clinicas analogas, em que a retenção estava no interior do tecido do segmento restante do utero.

Essas doentes tiveram sua ovarite por mim observada em toda a sua evolução. Nellas tambem houve uma irritação inflammatoria, pelo tratamento contra o catarrho do collo.

E, como foram operadas por mim, e por mim acompanhadas, pude concluir que a inflamação, partindo das glandulas, onde se enkystára, no collo, alcançou o ovario propagando-se, via lymphatica, por intermedio do parametrio.

Ora, si a hysterectomia fosse total, não teria havido taes collos infectados. Mas nem por isso se ha de adoptar a operação total, retirando o collo, pois a gravidade é muito maior. Ha, porém, um recurso mais pratico. E' o esvaziamento do collo seccionado. Antes de fechar o istmo uterino, retirando um longo cone interno, retira-se uma parte da mucosa, alterada ou alteravel, pois o acino glandular é um esconderijo á infecção latente. Ora, este processo está um tanto esquecido, por empanar o brilho ás operações rapidas e elegantes. Para grande parte dos mais famigerados cirurgiões, esta ablação do interior do pediculo uterino "n'est q'une complication, peu importe la façon dont le col est réuni".

O conceito é de um mestre. E, de um modo geral, verdadeiro. Mas, postas as cousas nos seus devidos termos, quando todas as condições hoje exigíveis para o "conservacionismo", me levarem á tentativa de respeitar o ovario, nos raros lances em que isto me será dado, tenho para mim que nunca esquecerei o esvaziamento acutando do pediculo uterino.

De varios factores hemos visto depender o exito na conservação do ovario. O esvaziamento do collo, creio eu, mereceria lembrado entre elles.

Sobre a technica da apicectomia

pele Prof. Cirne Lima

Cathedrático de Pathologia e Therapeutica dentarias

Recurso cirurgico de incontestavel eficiencia no tratamento de lesões inflammatorias intra-alveolares, a apicectomia é, actualmente, assumpto que amplamente se discute no seio das mais respeitaveis associações odontologicas da Europa e da America do Norte.

Motiva taes discussões a divergencia que se estabelece quanto ao *modus operandi*.

Nem outras razões existem capazes de explicar o grande interesse que despertam o estudo e a pratica da apicectomia, operação de execução facil e de resultados raramente desfavoraveis.

Mas em torno da technica a ser observada, em todos os casos em que a intervenção se impõe, crearam-se tres escolas distinctas cada qual mais ciosa dos processos operatorios que adopta.

E ahí está o ponto de partida das controversias que a operação suscita, attraheindo para a arena das discussões scientificas notaveis expoentes da odontologia mundial.

E o desacórdo existente entre os profissionaes especializados na pratica da apicectomia não se origina somente de simples questões de minudencias operatorias, o que, aliás, não acarretaria modificações sensiveis no resultado final da intervenção.

O dissídio se estabelece desde a incisão inicial: — uns

querem-na extensa, de molde a facilitar a visão ampla e directa do campo operatorio, que, submittido a uma curetagem rigorosa, deve ser completamente expurgado de qualquer detrieto suspeito; outros fazem-na menos extensa, allegando que a raspagem ossea pode ser feita, efficientemente, atravez de uma abertura assim pequena; outros ainda limitam a incisão a dimensões extremamente exiguas, visando apenas o apice da raiz que deve ser eliminado.

Os americanos do norte, por exemplo, são partidarios habituaes da technica que vamos descrever:

a) limpeza mechanica e desinfecção rigoroso do canal radicular, que será cuidadosamente obturado a gutta-percha ou a cimento de cobre ou de zinco, antes de iniciar-se a operação;

b) incisão da mucosa gengival, — horizontal ou de preferencia semi-lunar — assás extensa, de fórma a permittir, pelo afastamento dos labios da ferida peratoria, uma abertura sufficiente, atravez da parede alveolar externa;

c) trepanação, a formão, da parede alveolar;

d) resecção, a formão ou por meio de uma broca cylindrica, picotada, do apice da raiz;

e) curetagem meticulosa da cavidade ossea;

f) suppressão de asperezas porventura existentes na porção exposta da raiz;

g) lavagens repetidas da cavidade ossea, com solução diluida de agua oxygenada ou simplesmente com soro physiologico;

h) sutura immediata da mucosa, com catgut, fio de seda ou de crina de cavallo.

Os allemães, a seu turno, praticam a apicectomia, desprezando certos preceitos de technica que os nossos confrades yankees consideram fundamentaes.

A começar pela incisão da mucosa, que reduzem ao que lhes parece estritamente necessario, os allemães executam a mesma operação sem a obturação prévia da raiz do dente, preferem a broca ao formão e evitam a sutura immediata.

São adeptos da drenagem, e daí o tamponarem a cavidade com gaze hydrophila ou, o que é mais frequente, lodo-formada.

Quanto aos francezes, a technica que geralmente aconselham differe essencialmente das que vimos de mencionar.

Ha mesmo entre elles nomes respeitaveis de professores illustres que consideram desnecessaria a resecção do apice radicular, embora reconheçam que a apicectomia é um dos meios therapeuticos mais efficazes no tratamento de certas affecções chronicas intra-alveolares.

Sem embargo — e a tal respeito não ha absolutamente desacórdo — a intervenção só deve ser praticada, quando verificada a fallencia dos demais processos de tratamento conhecidos e geralmente empregados.

Não obstante essa restricção, que é, aliás, sob certos aspectos, passivel de critica, os francezes affirmam que, quando se tenta o tratamento de infecções apiciaes por via vestibular, sendo a operação praticada conforme a technica que se conhece, se tem definitivamente assegurada a cura absoluta das lesões dento-alveolares.

Mas, indagam elles, "para obter esse resultado será necessario proceder-se á resecção do apice radicular? Na immensa maioria dos casos, não."

A ablação do apice, sobre ser inutil, agrava a operação. O que deve merecer a attenção e os cuidados do operador são apenas as lesões osseas. Os que têm praticado operações desse genero concordam em affirmar que as lesões osseas são muito mais importantes, sob todos os pontos de vista, do que as lesões radiculares".

A technica operatoria, de accórdo com taes illações anatomico-pathologicas, resume-se mais ou menos no seguinte:

pequena incisão horizontal da mucosa; abertura, a trepano, da parede alveolar, na porção correspondente ao apice da raiz; curetagem do apice e, sobretudo, das lesões osseas; obturação do canal radicular, empregando-se amalgama de cobre ou de preferencia fios metallicos, que pussam atravez de pastas obturadoras; limpeza da cavidade ossea e applicações de soluções antisepticas diluidas, principalmente a de chloreto de zinco.

Feito isso, approximam-se os labios da ferida e aguarda-se a cicatrização, que geralmente se faz no fim de tres semanas. Durante esse tempo, é claro, o paciente cuidará seriamente da antiseptia da bocca.

Atravez da synthese que tentámos fazer da technica da apicectomia, consoante a executam os francezes, os allemães e os americanos do norte, já se pode fazer idéa do immenso interesse que o assumpto desperta, postas, como estão, em campo opiniões absolutamente oppostas, mas egualmente acatadas.

Trata-se, é certo, de uma intervenção banal, que qualquer profissional, mais ou menos adestrado em technica cirurgico-dentaria, poderá executar com successo.

Sendo assim, é bem possivel que o desacordo provenha do que se poderia denominar — mania das systematizações.

Entretanto, admittida embora a influencia de indicações systematicamente invariaveis, focando apenas o mal diagnosticado, sem ligar importancia ao factor individual, força é convir que a technica norte-americana é, das tres, a que melhores resultados poderá proporcionar.

Basta um ligeiro estudo de confronto entre os processos norte-americanos e os commumente usados na Allemanha e na Franca, para concluir-se logicamente pela superioridade incontestavel dos primeiros.

A apicectomia tem por fim a cura radical de lesões intra-alveolares, para a qual hajam sido porventura improficuos outros recursos therapeuticos.

Essas lesões, determinadas sempre por infecção polymicrobiana, se caracterizam pelo desgasta lento do apice radicular e por destruição progressiva do tecido osseo. Esse processo de necrose, quasi sempre limitado, pode, todavia, estender-se a regiões vizinhas, formando verdadeiras cavernas, em innumerous casos irreparaveis.

Além dessas lesões, encontram-se ainda, com frequencia, abcessos chronicos, pequenos fibromas e pequenos kystos radiculares infectados, todos elles quasi sempre appensos ao apice da raiz.

Ora, em face desses rudimentos grosseiros de anatomia pathologica, difficilmente se acreditará na efficiencia da intervenção cirurgica, sem a ressecção do apice radicular.

Accetemos a hypothese de que a simples curetagem da porção exposta da raiz bastará para assegurar a cura de lesões ahí localizadas.

Mas a presença da raiz intacta impedirá fatalmente a curetagem alveolar, que deve ser tão rigorosa quanto possivel.

Além disso, a persistencia do apice radicular difficultará, indiscutivelmente, a obturação da raiz, maximé quando feita com fio metallico.

Este deve ultrapassar o forame, para que a porção excedente seja achatada e convenientemente adaptada ás bordas daquelle orificio.

Não se acredita que tal trabalho se execute, sem que haja espaço bastante capaz de facilitar as respectivas manobras operatorias.

Nessas condições, é admissivel a conjectura de que a apicectomia, praticada de accordo com o technica franceza,

não corresponderá ao seu verdadeiro objectivo, por não permittir a limpeza completa da cavidade alveolar.

Mas, si fossem improcedentes esses pequenos reparos, mesmo assim nos sobriariam motivos para respigar o *modus operandi* dos nossos collegas francezes.

Mencionemos, por exemplo, o facto delles evitarem a sutura da mucosa, por isso que a consideram perfeitamente dispensavel.

Alegam, então, que, não se procedendo á ablação do apice radicular, a mucosa ficará sobreposta á porção exposta da raiz, operando-se a cicatrização lentamente, é certo, mas sem complicações inflammatorias.

Comtudo, si quando feita a sutura da mucosa, casos ha em que poderá occorrer, quanto á infecção, numa ferida em relação directa com um meio reconhecidamente septico e sujeita ainda á impossibilidade de reparação rapida, porque a isso se oppõe o inevitavel movimento do labio?

E' fóra de duvida que a ferida, assim constituida, não poderá obstar a penetração de elementos infectuosos no amago da região operada.

Si a indicção da intervenção provém exactamente da existencia de lesões de origem microbiana, é claro que se deve evitar a todo tranço a reinfeccção.

Quanto á technica que os collegas allemães preconizam diremos sómente que elles são francamente apologistas da drenagem da cavidade ossea e da ressecção do apice radicular, sem que os preocupe, entretanto, a obturação prévia da raiz.

O processo de cicatrização será, portanto, extremamente moroso, o que permittirá talvez novas incursões microbianas.

Não se contesta, porém, que, em muitos casos, o campo operatorio deve ficar, por algum tempo, convenientemente drenado, mas isso não autoriza absolutamente o emprego systematizado de semelhante recurso cirurgico.

Demais, deixando-se para depois a obturação do canal radicular, subsistirão ainda fundados recelos de reinfeccção.

Parece, portanto, que o *modus faciendi* norte-americano, sobre preencher todas as condições exigidas pela technica cirurgica na pratica da apicectomia, é ainda, sob diversos aspectos, o que maiores vantagens offerece, quer quanto á facilidade e rapidez da cicatrização, quer, principalmente, quanto ao expurgo completo de productos septicos contidos na cavidade alveolar.

Essa ultima condição só se realiza quando se torna o campo operatorio perfeitamente accessivel aos movimentos livres da cureta e á inspecção visual directa.

Diz-se-á, porém, que será imprudencia suturar-se immediatamente a mucosa, quando é certo que se não pode assegurar que a cavidade curetada haja ficado inteiramente asptica.

A objecção, entretanto, carece de fundamento, por isso que facil será aos recursos naturaes de defesa a jugulação de qualquer surto microbiano, que, no caso, não terá jamais a mesma importancia que teria si a cavidade ossea se conservasse aberta e em communicação directa com o meio buccal.

Si nas intervenções reclamadas por sinusite maxillar chronica, já está, de ha muito, abolida a drenagem pela bocca, razões de sobra justificam, na pratica da apicectomia, a sutura immediata da mucosa e a obturação prévia da raiz do dente.

Todavia, cabe ao operador, exclusivamente, de accordo com as condições do caso em que deverá intervir, a escolha deste ou daquelle methodo operatorio, e até mesmo a modificação de alguma variante technica, que porventura facilite a execução da intervenção.

Problemas endocrínicos em cirurgia pélvica com especial referencia a menstruação vicariante.

Rosser.
(Endocrinology vol. 5, num. 5)

Apresenta o auctor tres casos nos quaes se apreciavam symptomas pelvicos mas que assim mesmo apresentavam uma symptomatologia typica, dependente de perturbações predominantemente de uma glandula endocrinica — Enfermas que deram uma prova therapeutica positiva e que foram tratadas por operações gynecologicas usuaves, não puderam ser curadas.

No primeiro caso tratava-se de uma enferma que entrou na clinica para operar-se de um desvio uterino que, segundo lhe haviam dicto era a causa de seus disturbios. Esta doente tinha suas regras abundantes, sem dysmenorrhéa; teve uma puberdade e uma menopausa tardias e, physicamente, era uma mulher obesa, de pequena estatura, com os caracteres sexuaes que correspondem a um typo pituitario.

Em lugar de tratar esta doente por processos cirurgicos, apesar de que de facto, tinha uma retroversão e lacerações do collo uterino, deram-lhe thyroidina, melhorando consideravelmente, pois que se tratava de um caso typico de hypothyroidismo, com mixedema e obesidade.

A segunda doente queixava-se de amenorrhéa temporaria e dôres pélvicas. As menstruações se atrasavam e eram dysmenorrhéicas. A doente tinha um typo masculino com hypertrichose, voz grave, ligeira obsessividade e, n'uma palavra, o typo que corresponde á insufficiencia do lóbo anterior da hypophyse. — Assim mesmo apresentava um pequeno kisto ovariano que foi extirpado; mas posteriormente e para que a doente ficasse definitivamente curada, foi necessario administrar-lhe extracto ovariano e thyroidiano, mas principalmente extracto pituitario.

A ultima doente era um caso em que a menstruação começou aos 15 annos, tendo seus periodos quasi sempre irregulares e dolorosos.

Havia cinco annos que tinha nauseas, dôres pélvicas e cephaléas occipitales, principalmente durante a menstruação. Havia um anno, tinha sido operada de appendicite e retroversão, sem obter nenhuma melhora.

No momento em que a observa o auctor, queixa-se de cephaléa, nauseas, dysmenorrhéa, hemoptyses, hemorragias pela conjunctiva esquerda e algumas vezes pelo ouvido esquerdo, ficando a doente muito debilitada durante estes symptomas e ficando logo restabelecida nos intervallos.

Mas á medida que passava o tempo a doente foi melhorando notavelmente — observava-se n'ella uma ligeira retroversão, o sangue e a urina appareceram normaes, a coagulação daquella se verificava em dois minutos e meio e a pressão vascular era de 14-90. Administrou-se-lhe luterna por via intramuscular e os symptomas se aggravaram notavelmente, e por ultimo averiguando-se que se tratava de um augmento da funcção ovariana, praticou-se a dupla oophorectomia. Na operação não se verificou congestão ovariana nem do ligamento largo e do estudo dos ovarios se deduziu que um delles tinha um kisto de 2 cm. de diametro e outro pequeno kisto seroso. O outro ovario era muito pequeno e mais fibroso que o normal. Observado no microscópio continha pequenos kistos lutéinicos, com augmento do tecido fibroso circundante.

Assim mesmo se observava hemorragia diffusa. A convalescença foi muito accidentada, aggravando-se os sympto-

mas da doente e melhorando depois tendo tres periodos normaes.

Finalmente, depois de haver cessado a menstruação a doente morreu.

Neste caso, como em todos de menstruação vicariante, é necessario ter em conta não só a funcção ovariana como a das outras glandulas endocrinicas e esta doente é um bom exemplo disso. Portanto em casos iguaes procuraremos fazer um estudo minucioso das doentes para administrar o tratamento opotherapico mais adequado.

A. D.

Da Lithiase biliar em cirurgia

pele prof. Octacilio Rosa.

Cathedratico de Anatomia medico-cirurgica e operações

Não nos occuparemos da etio-pathogenia de lithiase biliar. Outro é o nosso fim, mas restricto, porém mais pratico: o conceito therapeutico actual sob o ponto de vista cirurgico.

Não podemos, porém, deixar de assignalar os dois principaes factores, universalmente aceitos, na etio-pathogenia da lithiase biliar: infecção e estase de bilis.

Os orgãos contidos no quadrante superior direito do abdomen formam, por assim dizer — um verdadeiro systema biologico em que a transmissão pathologica é fatal em menos longo tempo, de um orgão para outro.

Não só a via sanguinea, venosa — mas principalmente a lymphatica coopera para tal determinismo morbido. As infecções da vesicula se transmitem aos canaes biliares, ao figado, ao pancreas.

Os tumores malignos do estomago apresentam metastases no aparelho biliar, na cabeça do pancreas, no figado. E a symptomatologia não só pela estreita vizinhança dos referidos orgãos torna difficil muita vez a localisação da doença (adherencias entre a vesicula e o estomago, o duodeno) como ainda pela inervação. De facto, a vesicula é innervada pelo nervo phrenico D., pelo pneumo-gastrico D e pelo plexo cellaco. Assim a dôr na lithiase vesicular é sentida na metade D. do epigastro e no hombro D. A via de transmissão se faz pelo phrenico.

Os centros do estomago e do aparelho biliar (vesicula) estão situados no mesmo segmento medullar e por meio do vago se fazem semelhantes os seus reflexos viscerosensoriaes e visceromotores. Dahi os disturbios gastricos (vomitos, dôres, regurgitação, etc.) nas affecções calculosas da vesicula que muitas vezes desviam a attenção para o estomago, quando o verdadeiro orgão atacado é a vesicula.

Na lithiase vesicular com pequena irritação inflammatoria da vesicula, os symptomas são vagos e incontestavelmente é difficil o diagnostico differencial entre lithiase e as affecções gastricas.

Podemos dizer que na clinica o melhor symptoma, aquelle que verdadeiramente nos guia é a dôr. Ora, tres casos pôdem surgir: 1.º — O doente não tem dôr. 2.º — Tem dôres atypicas. 3.º — Tem dôres caracteristicas.

Nos primeiros, são antes disturbios gastricos, protiformes — nauseas — vomitos — regurgitação — sensação de plenitude, gastralgias fugazes — constipação — enfim signaes de dyspesia chronica — que se pôde ligar, ou a uma

lesão organica do referido órgão ou mesmo a uma appendicite chronica. Em taes casos se faz mistér um estudo detalhado — minucioso do paciente desde a sua historia progressiva, de muita importancia — até o exame physico. E então, poderemos encontrar signaes que nos levarão para o bom caminho (dôr no ponto vesicular, pequena rigidez na parte superior do musculo recto anterior, reflexo visceromotor, este de grande valor, dôr á pressão nos ultimos espaços intercostaes etc). E mesmo tumor palpavel, vesícula cheia de calculos — como nesse caso, cujo diagnostico era de syphillis e que foi operado pelo Prof. Franco com o meu auxilio e cujo corpo de delicto era constituido por tres grandes calculos.

A concurrencia das duas doenças: lithiase vesicular e appendicite é hoje considerada fóra de dominio do caso. Uma pôde produzir a outra, é facto admittido por quasi todos, taes são os documentos clinicos e experimentaes. Faltam-nos sómente a identidade da responsavel. E por isso é regra que se deve observar — a exploração dos dois órgãos quando se laparotomisa um doente, em casos obscuros.

O que não resta duvida é que, quando o signal dôr não assume o caracter peculiar dos calculos do aparelho biliar — quando faltam os grandes signaes de localisação, muitas vezes se torna difficil, sinão impossivel, o diagnostico exacto da lithiase biliar.

Quando os calculos vesiculares, em consequencia das contracções da vesícula, mercê da irritação inflammatoria produzida pela sua presenca — penetram a pelvis ou o canal cystico, dois casos pôdem surgir:

1.º — Depois de ligeira parada nesses logares ou progridem e penetram sem maiores difficuldades o duodeno, ou caem novamente na vesícula.

2.º — Pelo seu tamanho, pelas condições internas do cystico ali permanecem, ocasionando o que se chama a obstrucção cystica.

Nos dois casos temos a dôr typica, em fórmula de colica, sem hora determinada para o seu apparecimento, mas as mais das vezes determinada por uma irritação gastrica, por um esforço; — com propagação para a linha mediana e para a espadua direita; com espasmo diaphragmatico — impedindo as inspirações profundas, mercê dos nervos intercostaes, — dôr que dura horas e que cede como por encanto, quando o calculo se mobilisa, ou para o duodeno, ou para a vesícula.

E quando não ha engasgamento do calculo o doente volta ao seu estado anterior, muito em breve.

Quando ha obstrucção temporaria do cystico outros signaes apparecem. Entre elles não é raro um ligeiro augmento de temperatura explicavel por infecção in loco. A dôr localizada no ponto vesicular, a rigidez do m. recto se accentua, mercê de peritonite localisada e até leve gráo de ictericia se pôde apresentar — ou por absorpção dos pigmentos biliares da vesícula ou por compressão do hepatico.

Si a obstrucção permanece — a vesícula, que neste caso é francamente pequena, augmenta de volume. Trata-se em geral de hydropsia vesicular, cuja origem depende como sabemos da estagnação biliar. Mais tarde, si ainda persiste a causa obstruente e em virtude da infecção commum em taes casos, ha uma transformação do quadro com apparecimento do empyema da vesícula. E apparecem os signaes de franca suppuração. E então, por entre as adherencias que se formaram, a vesícula se abre num órgão visinho, formando-se assim as fistulas. Mas, nem sempre a crise deste modo para a cavidade peritoneal termina, podendo a aber-

tura se fazer dando origem a uma irradiação, com as suas consequencias.

Outras vezes, verdade que raramente, muitas feitas dependendo de uma disposição anatomica, em casos de lithiase silenciosa, em plena saude, se nos depara um caso de abdomen agudo. Aberto o ventre va-se encontrar uma torsão da vesícula, ou uma perfuração por gangrena. Ha poucos dias o Prof. Falk referiu-me um caso em que foi feito o diagnostico de hernia estrangulada e em que aberto o peritonco appareceu bilis — corpo de delicto de uma perfuração vesicular. Outro caso conheço em que feito o diagnostico de oclusão intestinal — tratava-se de perfuração vesicular por gangrena.

Els resumidamente os perigos eminentes a que está sujeito um portador de calculos vesiculares, afóra a obstrucção do choledoco.

São perigos immediatos, todos elles sérios, pela duvida de sua determinação.

Outro, porém, ha, e este, não pela duvida, mas pela certeza do seu fim — mais terrivel, mais de assombrar — o tumor maligno.

Em 1918 na cidade de New York falleceram 2170 pessoas de tumor maligno. Destas — 1991 tinham o tumor localisado nas vias biliares (10 %).

Diz Erdmann, meu ex-professor, que sempre encontrou calculos biliares nos tumores desta região.

Rockfuss assevera que em 70 a 90 % dos casos de carcinoma das vias biliares, calculos ali são encontrados, donde conclue a relação intima das duas affecções.

Qual o tratamento da lithiase vesicular e cystica?

A nosso vêr o cirurgico. E as razões são as seguintes:

Não ha medicamento que dissolva os calculos já formados.

De maneira que o tratamento medico visa: 1.º — a sedação do estado agudo — 2.º a desinfecção das vias biliares — 3.º — o livre curso da bilis — 4.º — corrigir os disturbios metabolicos.

O primeiro fim pôde ser conseguido, o segundo problematicamente, o terceiro auxiliando de boa vontade a natureza, o quarto condemnando os pacientes a regimens varios.

Mas não nos é dado advinhar. Assim não podemos pre-dizer sobre o apparecimento das complicações acima referidas.

Em materia de lithiase biliar estamos hoje como a respeito da appendicite.

A corrente vencedora é a intervencionista em se tratando de appendicite, porque não se pôdem prevér os accidentes pela conservação dum appendice lesado. Porque não se adoptar o mesmo criterio a respeito da lithiase vesicular e cystica?

Porque se manter em estado de perigo latente nos portadores de calculos vesiculares e cysticos?

— Por medo dos resultados letaes operatorios? Devemos dizer que as peiores estatisticas dão uma mortalidade operatoria de 2%. Não conheço as estatisticas de tratamento medico...

— Porque ha duvidas, sobre a cura da lithiase por meio duma operação?

Uma das maiores estatisticas que conheço, a dos Irmãos Mayo, é concludente, não sendo necessarios mais argumentos. Em 1500 casos só teve uma recurrencia.

E note-se que a opinião, de que as recurrencias nas cholecystectomias são devidas á formação de novos calculos nos remanescentes do cystico ou da vesícula (Walters), é contrariada por Specht e muitos outros que attribuem a

calculos deixados pelo cirurgião as novas manifestações da molestia.

— Porque se inutilizará um órgão cujas funcções podem ser necessarias ao organismo?

A questão da physiologia da vesicula biliar tende a se resolver, não porque a experimentação tenha chegado a catalogar com certeza a funcção ou funcções da vesicula, mas porque a cirurgia tem demonstrado ser ella um órgão de pouca valia no organismo, pois, após a sua retirada não tem surgido perturbações della dependentes.

E' interessante e não posso me furtar a um pequeno resumo das diversas theorias que têm sido lembradas com o fim, a nosso vêr theorico, de combater a cholecystectomia.

Hutchinson e seus alumnos comparam a vesicula biliar ao appendice vermiforme. E' um órgão em involução. Não existe em muitos animaes: cavallo, — rato — veado etc.

Para alguns é um simples reservatorio. Para outros, e é a theoria mais espalhada, é um regulador do fluxo biliar. No entanto, contra esta theoria existe a opinião de Rost, isto é, ser o fluxo biliar regulado pelo esphincter de Oddi, podendo ser a chegada da bilis no intestino continua ou intermitente.

Mann, estudando o esphincter de Oddi chegou á conclusão de que os animaes possuidores de vesicula têm um esphincter que resiste a pressão de 100 mm. de agua — ao passo que nos desprovidos desse órgão o esphincter não supporta mais de 30.

Ora esta conclusão, favoravel á opinião de Rost — vem a nosso vêr explicar o motivo da dilatação inconteste dos canaes biliares depois da cholecystectomia.

Outros querem vêr na vesicula um papel regulador da pressão da bilis e do succo pancreatico.

Além de argumentos de ordem physica contrapostos a esta theoria que indubitavelmente daria, a ser verdadeira, o golpe de morte na cholecystectomia — um unico basta, de ordem pratica, para invalidal-a: — nas reseccões da vesicula, em casos em que ha evidente infecção do meio, são excepções as pancreatites.

Será um órgão que secreta? Lee julga existir uma hormona que actua sobre a funcção pancreatico — mas não ponde prova-lo.

Pondo de parte uma hypothetica secreção interna, o que se vê é ser a bilis provinda do figado e a da vesicula, identicas qualitativamente.

E' verdade que ha uma differença entre a bilis destas duas origens: — a da vesicula é muito mais concentrada. Harer e outros lhe dão este papel concentrador da bilis, mercê de sua rêde lymphatica. E dizem mais que a sua camada muscular é muito fraca para que normalmente ella se contraia, dando á compressão exercida pelos órgãos visinhos, á acção sugadora do duodeno — a principal causa do seu esvasiamento.

Do que ficou dicto resalta que a physiologia desse órgão não é ainda conhecida, e si o é, sómente em parte.

Para mim, cimentando o conceito de Hutchinson existem tres factos, cuja veracidade é inconteste:

1.º — Ha animaes (giraffa) em que é commum se encontrar, ou ausencia da vesicula ou a presença de uma e até de duas.

2.º — Huschke em 1845 — cita 11 casos de ausencia de vesicula no homem — verificados na meza de autopsia e depois deste, como diz Poirier, um numero quasi igual a casos têm sido relatados.

3.º — Ausencia de signaes comprobatorios da sua falta, depois das cholecystectomias.

Assim, pois, si é por temor de interferir na dynamica biologica que se não indica a intervenção na lithiase biliar — parece-me fraquissimo o motivo.

Da argumentação que vimos fazendo resalta a conclusão seguinte: Na lithiase vesicular e cystica o tratamento cirurgico deve ser indicado immediatamente, como o é na appendicite.

E' preciso que se diga, só ha uma contra indicação: o máo estado do doente, em virtude de lesões em algum dos principaes aparelhos. Neste caso deve-se antes preparar o paciente para o acto cirurgico.

Larga incisão (Bevan, Kocher, Erdmann) que facilite a abrdagem das vias biliares, posição especial do doente, anaesthesia associada, anaesthesia pelo ether quando não se dispõe de proto-oxido de azoto, traumatizar o menos possivel os tecidos, especialmente o hepatico — são requisitos geraes a toda a intervenção sobre as vias biliares.

Ao cirurgião compete, segundo o caso, escolher o melhor processo operatorio.

Não havendo estenose do choledoco, grandes adherencias, que prolonguem e dificultem a operação é incontestavelmente (Erdmann, Moore, Judd, Kehr.) a cholecystectomia a melhor therapeutica operatoria, por ser radical.

De facto, suprime a fonte dos calculos, retirada o foco de infecção, diminue as probabilidades de adherencias post-operatorias, que podem deformar, implicando em perturbação funcional, o estomago, o duodeno etc.

Quer-me parecer que tal processo tem soffrido os embates da critica, por ter occasionado lesões operatorias de órgãos visinhos: reseccão da junção do cystico com o hepato-choledoco — secção ou ligadura do hepatico e do choledoco.

Para se evitar taes accidentes deve-se dissecar com o maior cuidado a junção do cystico com o canal hepato-choledoco, e sempre lembrar a possibilidade de anomalias, quando ás cegas se colloca um *clamp* naquillo que julgamos ser o cystico.

Outras vezes, no se fazer a hemostasia preliminar, isto é, a ligadura da art. cystica, pôde-se correr o risco de lesar a arteria hepatica e mesmo um dos canaes. O mesmo conselho anterior deve-se repetir.

Cirurgiões ha, que fazem, para evitar taes accidentes — o descollamento da vesicula, partindo do fundo, isto é, de diante para tras.

Um inconveniente existe nessa pratica que é o traumatismo do tecido hepatico, pois o ponto de *chicagem* é difficil de se encontrar.

Não se deve fazer, como já dissemos, a cholecystectomia, quando o doente tem obstrucção do choledoco, por estenose.

Mayo — fazem systematicamente tal operação quando se trata de calculo no cystico, por temor de futura estenose deste canal.

Quando não se pôde fazer a cholecystectomia, recorre-se á abertura da vesicula, á retirada dos calculos ou calculo, catheterisa-se os canaes, o que deve sempre ser feito mesmo na cholecystectomia. Depois fixa-se a vesicula a um tubo de borracha que sahe do ventre por um dos angulos da ferida operatoria. E' a cholecystostomia, operação que pôde ser chamada de urgencia, pois, tem por fim esvasiar a vesicula do seu conteúdo septico, mantendo a drenagem das vias superiores, e tendo applicações mais importantes, mais justas na lithiase do choledoco quando ha difficuldade no descobrir tal conducto e o estado do paciente é máo.

Quando se trata de caso sem nenhuma complicação e com vesicula perfeitamente sã — pôde-se tentar e alguns

são vehementes partidários della (Willis) a cholecystectomy — isto é, a abertura da vesícula — a retirada do cálculo ou calculos e em seguida a sutura de sua parede.

Passemos á segunda parte deste trabalho, isto é, aos calculos no canal choledoco, quando parados no seu curso para o intestino. Dois são os pontos predilectos para a sua parada: na borda superior da porção retro-duodenal e na ampola de Vater.

Podemos dizer que clinicamente os signaes são os mesmos.

A dôr, sob a fórma de colica — se pôde confundir com a da ulcera gastrica ou duodenal. A' palpação o ponto choledoco é doloroso, e abaixo das falsas costellas, n'uma linha que váe da cicatriz umbilical a apophyse coracoide do lado direito, o doente accusa dôr.

A propagação della ás vezes tambem se faz para baixo, o que torna possível a confusão com a colica renal.

Outras vezes se localisa no epigastro, o que faz ser confundida com a pancreatite aguda.

E o signal de Friedmann não falta.

A vesícula biliar, via de regra é pequena, quando o cálculo se localisa na porção supra duodenal, sendo volumosa quando sua séde é na ampola, como acontece na obstrucção do choledoco por tumor na cabeça do pancreas, (signal de Courvoisier). Diz Mayo que este signal é verdadeiro em 25% dos casos.

A quem procura interpretal o é elle pradoxal, para não dizer inexplicavel.

No entanto é uma noção anatomica a responsavel por elle.

De facto o canal cystico se une ao hepato-choledoco, caminhando parallelamente a elle, ludo se abrir em ponto que fica atraz do duodeno; de maneira que o ponto de abertura verdadeiro fica abaixo do lugar apparente.

E assim não existe a porção supra-duodenal do choledoco, ou se existe é muito pequena. Os calculos que nos parecem estarem no choledoco por ficarem abaixo da abertura (apparente) do cystico no canal commum estão na verdade no canal hepatico, não podendo assim determinar pela obstrucção deste conducto o enchimento da vesícula.

O signal mais importante, que com suas consequencias se torna excessivamente perigoso é a ictericia, chumada de retenção.

Podemos dizer que em 50% dos casos de ictericia, esta é devida a calculos obstruindo choledoco.

Ella é produzida pela absorção dos pigmentos biliares. A sua presença no sangue é demonstrada por diversos meios.

Em geral o quadro clinico, o passado do doente fazem suppôr, ou nos leva ao diagnostico de obstrucção. Vezes, porém, ha, em que o clinico fica hesitante na determinação do agente causador da ictericia.

Meltzer chegou por diversas provas á conclusão de que o sulfato de magnesia em solução, posto em contacto com o esphincter de Oddi, produz a sua dilatação, e que pela lei da "inervação contraria", o aparelho biliar se esvasia. Lyon partindo dessa premissa ideou o processo que foi denominado "tubagem do duodeno". Por meio de tubo que se introduz pela bocca do paciente e é levado até o duodeno, depois da sucção do conteúdo duodenal — injectam-se 50 a 100 cc. duma solução de sulfato de magnesia a 20%.

Depois de alguns minutos, faz-se novamente sucção obtendo 4 amostras: a) solução injectada — b) bilis do canal choledoco — c) bilis da vesícula — d) bilis hepatica.

Lyon aconselha o seu methodo para o diagnostico das diversas molestias das vias biliares e mesmo para tratamento. Este methodo que é theoreticamente viavel — na pra-

tica tem sido vivamente criticado. Cutler e Newton em trabalho de 1922 chegam ás conclusões: 1.º) não está provada a lei da inervação contraria no aparelho biliar.

2.º) — os especimenes obtidos resultam da syphonagem.

3.º) — não se pôde confiar nos seus resultados.

Sob o ponto de vista pratico a ictericia tem grande importancia, determinando uma verdadeira doença do meio circulante.

De facto — o tempo da coagulação do sangue dos ictericos é maior. Dahi a facilidade das hemorragias maximé, nos actos operatorios.

Como regra pratica dizemos que com um tempo até 10 minutos pôde-se tentar a intervenção. Acima desta cifra o doente precisa ser preparado.

Procedamos por partes — Como se verificar o tempo de coagulação? Bogg pica a orelha do paciente e observa o tempo da coagulação da gotta. — See e Vincent recolhem 1 cc. de sangue venoso em tubo fervido em soro artificial e observam o tempo de sua coagulação. Qualquer dos processos é sufficiente. Na clinica dos Mayo preferese o segundo.

Por que mecanismo esse processo augmenta o tempo de coagulação? Uma das explicações tentadas é a da fusão dos pigmentos biliares com o calcio. Dahi o aconselhar-se o uso de chlorureto de calcio para remediar o mal. Mas, por via gastrica ficou demonstrado ser elle absorvido em dose muy pequena, não dando os resultados esperados.

Walters usu actualmente, sem accidentes, a via endovenosa, injectando de cada vez de 5 a 10 cc. duma solução de chlorureto de calcio em agua bi-distillada a 10%. Tem-se usado outros meios: thyroidina, soro de cavallo, mas os resultados melhores são obtidos pela transfusão de sangue. Por isso, não é demais, embora não exista grande augmento do tempo de coagulação, fazer-se antes e depois do acto operatorio a transfusão sanguinea.

Os pigmentos biliares se unido ao calcio e ao sodio são mais toxicos do que isoladamente (Stewart). A sua eliminação se faz pelos rins. Por isso muitas vezes ficam elles insufficiente em virtude de nephrite toxica.

E a morte de muitos doentes corre por conta da falta desse emunctorio. Por isso a dosagem de uréa antes e depois da cura operatoria se faz mister, maximé, quando o exame de urinas revela a presença de elementos figurados.

Dar ao doente agua em abundancia; regimen apropriado; soro glycosado por via sub-cutanea, até 3.000 grs. em 24 horas são meios necessarios ao restabelecimento ou antes á prophylaxia de tal accidente.

A cellula hepatica já disturbada na sua função biliar, sofre ainda o ataque da infecção sempre correlata nos casos de obstrucção choledoca. A cholemia por si só difficulta, além da função defensiva — a metabolica do figado. Ha hypoglycemia — ha deficit no assucar hepatico e si este estado persiste por algum tempo o doente morre por exhaustão.

Augmentar os hydrocarbonados, facilitar a oxygenação do meio interno, manter os rins permeaveis, combater a deshydratação dos tecidos, evitar os toxicos: chloroformio, ether e principalmente morphina devem ser as preoccupações do medico e do cirurgião.

Nos casos de ictericia profunda, com compromettimento dos aparelhos hepatico e renal, as intervenções sobre as vias biliares, como qualquer outra operação, são de excessiva gravidade.

Mas urge procedel-a, a menos que signaes outros justifiquem uma expectação armada, é verdade, que por muito pouco tempo (24 a 48 horas, Erdmann). Um desses signaes é a lentidão do pulso.

Ha pouco tempo, tivemos um caso typico de obstrucção

do choledeco. Havia ictericia profunda, infecção ascendente concomitante, aumento do fígado e da vesícula biliar, fezes descoloradas em absoluto, pulso de accordo com a temperatura, urinas abundantes e sem elementos figurados, conta leucocytaria indicando suppuração — sensorio magnifico. Contra-indiquei a intervenção immediata.

Dois dos nossos mais distinctos collegas, chamados tambem em conferencia, accordaram na expectação. Dentro de 24 horas, após a nossa conferencia o doente teve grande descarga intestinal de bilis, sendo desde então progressivas as suas melhoras.

Lembramos ao paciente, nessa occasião, a necessidade de se fazer operar logo após o seu completo restabelecimento. Aceitou de bóamente esta idéa... mas até hoje continua a ser possuidor de vesícula, provavelmente contendo calculos e infectada — uso talvez de alguma panacéa até nova crise.

O pancreas por uma disposição anatomica, abertura do seu canal excretor na ampola de Vater, pôde por um calculo ahí situado ser compromettido. De facto a bilis sob pressão pôde entrar pelo canal de Wirsung — despertando um ataque de pancreatite aguda.

Mas não só por esse meio, como ainda por via lymphatica se pôde dar a contaminação do pancreas. E quando no decurso da obstrucção do choledeco o doente apresentar vomitos repetidos, pulso rapido e fraco, cyanose ou lividez da pelle, dôr violenta no epigastro, deve-se pensar em pancreatite aguda — a mais.

Si ha um processo de cholecystite, que pôde ser phlegmonosa, gangrenosa — está o doente sujeito ou a uma fistula providencial para o intestino ou estomago — ou a peritonite generalizada.

O outro grande symptoma das oclusões calculosas do choledeco é a infecção das vias biliaes extra e intra-hepaticas.

E' a febre seu symptoma inicial — discreta a principio ao attingir a infecção as vias biliaes intra-hepaticas, onde a absorpção se faz velozmente — toma a frente dos signaes alarmantes sóbe a 40.º e mesmo mais, é acompanhada de calafrios e suores abundantes, tomando o aspecto das septicemias.

E' o cirurgião que nos casos de calculos vesiculares e cysticos indica sempre a operação — fica oscillante em sua propria consciencia no assumir a responsabilidade de taes casos.

Qual a therapeutica cirurgica indicada?

Nos poucos graves, a choledecotomia seguida de drenagem ou a cholecystostomia. Alguns aconselham de preferencia a cholecystectomy em vez de cholecystostomia.

Nos casos graves, nos quaes a desobstrucção do choledeco pôde ser demorada, deve-se fazer a operação em dois tempos — 1.º a cholecystostomia ou a cholecystogastrostomia — 2.º a choledecotomia.

Em fim só depois de aberto o ventre o cirurgião pôde optar por este ou aquelle processo.

Ao terminar, seja-nos licito dizer que se deve preferir ao tratamento medico a therapeutica cirurgica na lithiase biliar, guardando em mente que como na appendicite aguda, quanto mais cedo se intervier melhor para o doente.

Clinica neurologica

(Aula inaugural)

pelo prof. Rauf Moreira

Interino de clinica neurologica

Não fossem pontos recentes, palpitantes, que o estudo da neuro-pathologia tem introduzido no seu dominio, e não seria preciso accentuar-vos o magno interesse da clinica neurologica.

Não seria preciso, a vós, que, dentro em breve, estareis a abrir os braços ás luctas desenfreadas da vida clinica, pois a argucia que vos leva, inevitavel, ás portas da verdade, nos mysteres constantes da pathologia, já vos permittia, certo e de sobejo, conhecerdes o quanto interessante, difficil e necessario é o terreno da clinica considerada. Sobretudo, neste mister, impõe-se a relação íntima, a correlação estreita da neuriaatria e das outras especialidades. Assim, repetidas vezes, ella se impõe ao clinico, seja qual for o campo em que se apoie ou a culminancia que procure attingir.

Na psychiatria, na clinica pediatrica, na clinica medica, na clinica cirurgica, a neurologia é tão curiosa e evadida de torturas, que me leva a insistir convosco no seu conhecimento e na assiduidade da sua investigação.

Encarae-lhe as questões com interesse, e teréis conseguido um consolo de pratico, ante a firmeza de diagnostico firme e a efficacia de therapeutica racional.

Oportuno é lembrar-vos como ella exige do clinico noções da anatomia e physiologia pathologicas do systema nervoso, para comprehensão exacta de phenomenos exteriores de quadro morbido obscuro.

♦♦♦

No que tange á psychiatria, sabido é que, em tempos passados, era inadmissivel o relacionar-se della com a neurologia, pois absurdo se encarava o laço de parentesco, entre as doenças do espirito e as doenças do corpo.

Tornou-se inevitavel a queda da extravagante affirmação. As muralhas separatistas das duas clinicas tombaram, ficando evidente que a neurologia nada mais é que a sciencia das doenças das funcções nervosas.

Quantos phenomenos psychicos se exhibem nas affecções somaticas do systema nervoso, e quantas entidades organicas nas que se rotulam na area da psychiatria!

Frequencia inegavel de symptomus psychicos em doentes não passíveis de asilos, não alienados, e que se enquadram nos moldes de neuriaatria, está nas pychoneuroses, com a hystéria, a neurasthenia e psychastenia á frente.

Affirme-se mesmo que os phenomenos de ambas especialidades chegam, bastas vezes, a se fusionarem, e se passa de um grupo a outro, conforme os casos considerados.

♦♦♦

Entrando agora a analysar o quanto de parentesco vive entre a neurologia e as clinicas medica e pediatrica, mais não preciso que reportar-me, por instantes, a aulas do anno proximo passado, quando, na clinica pediatrica, quantas vezes insisti convosco em doenças do systema

nervoso da infancia, cujo numero vasto chega quasi a constituir especialidade à parte.

E de facto, as polymorphas modalidades clinicas, apontadas nos tratados da clinica medica e pediatrica, no campo da neuropsychiatria, cahem e ficam no ambito da clinica neurologica.

Sobre ellas gira a especialidade, tão variadas e tão numerosas são as syndromes que ahí se nos deparam.

Vêde quão importante é saberdes de esses que, fatalmente, tereis que topar na clinica, e que irão decidir o brilho de vosso futuro de medico e estimular a vossa vontade.

Assim, parece-me que estudo especial se deve dedicar ás meningites, palavra sempre pavorosa, á solicitude vigilante dos paes.

Quantas vezes tenho visto o quanto não é suspeitada a investida ao systema nervoso, nos mysteres da clinica medica!

Em referencia á meningite tuberculosa, o erro é então frequente aos neophytos da vida pratica.

Si a criança fôr evidentemente bacillosa, e alguns, ainda que leves, symptomas nervosos apparecem, deve nascer logo a suspeita do estado meningitico em questão. E si esses mesmos signaes urgem em outras circumstancias, embora o individuo antes sadio, o medico deve estar de sobre-aviso, não hesitando em recorrer á punção lombar, pois esta, seguramente, ha de trazer vastas luzes á obscuridade do problema.

Nisto está o desafiar a subtiliza do clinico a característica mudança de caracter da criança que, dantes alegre, gárrula, movediça, vê-se, de inopino, transformada em criatura irritavel, com tendencia ao somno, escondendo-se de todos e tudo.

Na meningite meningococica toda efficacia possivel, ou antes — provavel, reduz-se á precocidade do diagnostico.

Evitemos, pois, o romper de uma scena que, neste estado, será tanto mais tragica, quando se sabe resumir-se o recurso therapeutico a palliativos espectorantes de morte inevitavel...

Chamo vossa attenção para aulas que darei sobre esta modalidade clinica que, desde 1921, vem produzindo, entre nós, numero já elevado de victimas.

Que sejam citados, com satisfação, o que a respeito, e em nosso meio, escreveram os Prof. Octavio de Souza e Pereira Filho, o primeiro em artigo no n.º 7 da "Revista dos Cursos", o segundo em conferencia illustrada na Sociedade de Medicina.

Outro ponto que clama, de continuo, vossa attenção, para a neurologia, é o capitulo complexo e frequente, maximé na infancia: o das convulsões.

Eliminem-se os estados convulsivos, determinados por doenças organicas do systema nervoso, taes a syphilis do cerebro, a hydrocephalia, a hemorragia e esclerose cerebraes, a pencephalia.

Deixemos de lado os ataques eclampticos, seguindo a meningite, a epilepsia verdadeira, a intoxicação uremica, o excesso de alcool pela mãe que amamenta etc... e vamos cahir em campo sempre novo, sempre interessante e sempre complicado: o da espasmophyllia.

Os autores allemães e americanos têm sido exhaustivos no estudo pathologico do mal e consequentes meios medicamentosos. Chegou-se á conclusão residir o phenomeno na anomalia do intercambio do calcio, o que já pôde verificar em alguns casos dados á lume na "Revista dos Cursos" de 1919.

O disturbio das glandulas endocrinas, maximé, a pa-

rathyroide, desempenha, não ha duvidar, acção preponderante no irromper do quadro morbido.

As glandulas de secreção interna podem agir directamente sobre o systema nervoso vegetativo, sobre a conjuncção myoncural, sobre o intercambio do calcio nos musculos, ou mesmo sobre todos esses elementos, simultaneamente.

Vulto preponderante assume esse vasto capitulo, si levarmos em conta a relação intima entre as convulsões da infancia e a epilepsia do adulto, assumpto da mais palpitante actualidade.

* *

Eis outro degrão da neuropsychiatria, que levou, os clinicos ao seu estudo: a encephalite lethargica.

Foi assumpto de minucioso trabalho de concurso do Prof. Sarmento Leite F., em 1920, justamente quando andava em lóco, assumindo caracter epidemico e — como se devia prevêr — não poupou o nosso Brazil.

Torna-se interminavel a lista de publicações a respeito do mal, em todos os paes.

No referente á idade infantil, o estudo tem sido accumulado de hypotheses, mais ou menos confusas, e, de exacto, nada se assegura ainda.

Affirma-se-lhe, não obstante, polymorphismo symptomatico, nessa epocha da vida.

A não ser signaes evidentes de irritação meningo-encephalica e a integridade do liquor, nota-se a ausencia dos componentes essenciaes da triade phenomenologica classica.

Depois, devo citar-vos, pela frequencia em nosso meio e pela dificuldade e interesse diagnosticos, a Esclerose lateral amyotrophica ou Mal de Charcot.

Syndrome ou não, o certo é que as lesões caracteristicas vão ser encontradas, si nos é dada a oportunidade de necropsia elucidativa.

O primeiro caso publicado, typo mixto, entre nós, e o foi na "Revista dos Cursos", de 1915, tem como autor minucioso e proecto o Prof. Gonçalves Vianna.

Segue-se o doente de minha these inaugural, em 1916, curioso a raro, por assumir inicio bulbar, quando se sabe ser esta a terminação fatal de tal entidade morbida.

Em 1918, tambem na "Revista dos Cursos", os Profs. Luiz Guedes e Ney Cabral mostraram interessante "Caso clinico de aspecto Esclerose lateral amyotrophica."

Novamente, em 1919, surge novo enfermo, cuja observação dei á publicidade no 1.º numero dos "Archivos Rio-grandenses de Medicina" e que, depois, constituiu o trabalho de doutoramento do Dr. Odino Duarte.

* *

Assumpto de sobejo conhecido de vós, não o será talvez nos seus primordios: a tabes.

Quando o paciente é ataxico, de marcha caracteristica, suspeitado ao longe, quando arthropathias se installam, o diagnostico não escapa ao olho do clinico que estuda.

Não se dá, porém, o mesmo, — e a isto emprega assidua attenção — quando o mal vae pelo inicio, phase traigoeira, que pôde evoluir despercebida para a queda inevitavel.

O signal de Westphal, o de Argyll-Robertson, o de Romberg, o de Achilles, dôres e crises visceraes, o estado neurasthenico do individuo e a Phase I, verdadeira reacção de Nonne, são estes em que deveis agarrar-vos nas formas rudimentares, e para o diagnostico precoce.

Encontrareis na "Revista dos Cursos", de 1919, estudo a respeito, do Prof. Gonçalves Vianna, o que muito vos recomendo.

* *

No capítulo extenso das parálisias infantis de origem cerebral, vamos encontrar, de continuo, momentos em que é preciso agir com energia, não desprezando a doente, e isto mórmente ao começo, nas de origem toxica-infecciosa, como a syndrome de Förster, em que, com surpresa e satisfação, assistimos ao esvahir-se do quadro morbido impressionante.

Em conferencia sobre o assumpto na Santa Casa, em 1921, e que depois publiquei na *Revista dos Cursos*, terminei com estas palavras, talvez um estimulante ás almas pessimistas:

"E não desanimemos em empregar-lhes tratamento decisivo, porque os vemos carregados de affecção nervosa grave!

Consideremos que elles ahí vão, arrastando o corpo ou levados por mão piedosa, como massa rigida, n'um riso alvar que commove, em gestos incoordenados e attitudes incoherentes, a uns despertando gargalhadas e a outros — compaixão.

Façamos que possam contar — embóra em rudimentos — com a vitalidade dos seus nervos, com a força de seus musculos, com a energia de seu cerebro!"

* *

A guerra mundial, a conflagração européa fez nascer de seus horrores, arrancon dos escombros de suas ruinas, um fructo que devia medrar, trazendo ensinamentos novos, novas fontes ao campo de neuriatria.

Quantas obras foram publicadas, quantos volumes surgiram, quantas conferencias foram feitas, a respeito das lesões nervosas da guerra!

Syndromes até então desconhecidas que as granadas, no ribombar da explosão, determinavam nos heroes, ataques aos centros nervosos e aos musculos, tudo isto foi enriquecendo a litteratura neuriatrica.

* *

Ao lado, procuro considerar os progressos conquistados pela cirurgia, não sómente pelas laparotomias, amputações, na orthopedia etc., mas no arrojado alcançado, no vôo que levantou, intervindo com sciencia e esthetica no reconstruir movimentos aniquilados pela carnificina de quatro annos tormentosos.

No terreno da cirurgia nervosa, mistér se faz citar-vos a intervenção reparadora de Förster, em casos de Syndrome de Little.

Foi Tietze o primeiro a pratical-a sobre o vivo, em 1907, e seus primeiros resultados publicou-os o Congresso de Cirurgia, em 1908.

Tal intervenção, consistindo numa radicotomia posterior, será inutil, como se comprehende, onde ha lesão evolutiva, nas paraplegias espasticas, o que succede na Syringomyelia e na Esclerose lateral amyotrophica, pois é certo que o enfermo ha de succumbir á marcha de sua affecção.

O methodo therapeutico alludido traz seu effeito curativo, no caso dos symptommas permanecerem estacionarios.

Vem á baila tambem lembrar-vos os resultados, surprehendedentes, por vezes, da cura da parálisia infantil,

cujo resultado brilhante é conseguido, si as lesões passam á chronicidade.

E aqui ficará assignalada, por justiça e por memoria, a operação de Bramann, executada pela vez primeira pelo saudoso Prof. Wallau, entre nós, em Maio de 1916 e cuja observação veiu á luz na "Revista dos Cursos" de nossa Faculdade.

Operação posta em pratica, na tendencia de abrandar a tensão intra-craneana pathologica, foi sancionada por Kocher no tratamento cirurgico da Epilepsia, asseverando "um feliz processo, do qual muito deveriam esperar e lerar os epilepticos".

O bello resultado, obtido com o methodo de Bramann, pelo Prof. Wallau, deu-se n'uma cliente do Prof. Victor de Britto, menina de 14 annos que, "em consequencia de uma affecção intra-craneana, datando já de algum tempo, perdera a visão do olho direito, estando a do lado esquerdo bastante reduzida, na imminencia pois, para a doente, de uma amaurose completa.

Ha 1 anno mais ou menos, teve occasião o Prof. Franco de praticar o mesmo methodo de punção do corpo calloso, num doente de meningite cerebro-espinhal epidemica, no caso a que já me referi do Prof. Octavio, e seguido de cura.

* *

O vasto e interessante capítulo, sempre de actualidade, da endocrinologia e do terreno do sympathico, tem trazido de continuo, numero extenso de syndromes, de polymorphismo accentuado, a prender-se intimamente á clinica neurologicala.

O sympathico, por exemplo, não está a comprehender tão só a cade'a ganglionar limitrophe, ganglios e plexos intra e extravisceraes, mas sim porção de varios nervos craneanos, destinados a funcções vegetativas, porção dos tres primeiros nervos sacro e porção da substancia parda espinhal.

Relacionado com o eixo cerebro-espinhal, deduz-se quão numerosas e complexas suas funcções.

Nem é possivel que se separe o estudo das glandulas endocrinas do do sympathico.

Physiologistas, já de longa data, vêm notando o papel deste na genese dos disturbios cardio-vasculares, thermicos e vasomotores, perturbações pilo-motoras e sudoricas, quadros exhibidos com exuberancia nas doencas das glandulas de secreção interna.

São de caracter reciproco as scenas observadas nesse campo, pois, em casos morbidos, levados pelo prejuizo ás glandulas endocrinas, jámais carecem desvios nervosos, ás vezes imponentes, em geral localizados. E, em fórmulas clinicas de evidente alteração do systema nervoso da vida vegetativa, não é difficil que se encontre o fio que o relaciona á lesão de uma glandula de secreção interna.

E ahí está porque, nestas considerações geraes de clinica importante, tal a neurologia, jamais deveria esconder-vos o interesse despertado, assiduamente, em seu âmbito, pelos desvios do sympathico e das glandulas vasculares sanguineas.

Na via dolorosa das enfermarias e dos consultorios, na frequencia dos Internatos, certo já tendes topado com um ou outro caso, onde se apresenta ostensivamente o systema nervoso, e onde reagem, com evidencia, os hormonios a excitarem e disturbarem o sympathico e as glandulas endocrinas.

A essas entidades morbidas bem poderíamos apellidar de neuroses, porquanto nellas se patenteiam modalidades

nervosas funcioneas, embora alterações anatomo-pathologicas, por vezes.

Lembrar-vos-ei, entre ellas, a acromegalia que, em nosso meio, mereceu estudo attento dos Profs. Aunes Dias e Nogueira Flóres, no gigante que aqui andou, ha um anno, acommettido mortalmente de grippe, mezes depois, no Rio de Janeiro.

Tomei tambem feição curiosa a syndrome de Dercum ou a adisposidade dolorosa, resultante da perversão das funcões da hypophise, tendo merecido, aqui, bello estudo, em these inaugural, do Dr. Nestor Braboza. Assim são os casos de myxoedema e da dystrophia genito-glandular, assumpto de cuidado trabalho de doutorando do Dr. Olinto Flóres.

A papelra exophthalmica cognominada tambem de doenca de Graves ou mal de Basedow ou exophthlmo cardiothyroideano, e a esclerodermia, a doenca de Raynaud, a acroparesthesia etc. estabelecem outras tantas questões sempre palpitantes e que estão a merecer nosso estudo.

E para não escapar do ambito da clinica neurologica, e mesmo por se inclinarem mais para o lado de psychiatria, deixo de fazer commentarios em torno das psycho-neuroses, de interpretação tão attrahente, de conjuncto tão complexo, em cujo circulo está preso o methodo da psychoanalyse de Freud, ora exaggerada, ora verdadeira no conjuncto.

* * *

Foi precisamente sobre modalidades das mais interessantes de neurologia, e das mais ricas de escolhos, que vos proporei o ensejo, em aula inaugural, de conhecerdes mais ainda aquillo que, por certo, já sabeis: o valor de uma clinica que, a todo o momento, está a se impor em varias especialidades.

Entretanto, para chegardes ao seu conhecimento, para alcançardes o cimo onde se aloja o diagnostico mister se faz o recordar da anatomia e physiologia normal e pathologica do systema nervoso, e que as aulas assumam, em maiores proporções, o caracter semeiologico.

Como em todas as clinicas, é este o atalho que leva á estrada real, fazendo attingir a meta desejada.

Acompanhae-me, pois, em aulas subsequentes, tal é o meu maior desejo: fazer-vos senhores, embora a escassez do tempo, das noções propedeuticas indispensaveis á boa orientação da materia em que nos detemos.

* * *

Propouho-vos, para nosso uso, durante o curso, por achal-o eminentemente pratico, o methodo de observação de Hunt, professor de neurologia, em New York.

Deixo de lado, para evitar prolixidade, certas particularidades, algumas sub-divisões, que serão tratadas em cada caso particular.

Assim, pois, são estas as questões principaes:

- A) "Anamnese"
- B) "Exame geral"
 - 1) "Inspeção"
 - a) face
 - b) nariz
 - c) braços e mãos
 - d) tronco
 - e) pernas e pés
 - f) attitudes irregulares
 - g) movimentos involuntarios anormaes
 - h) estado dos tegumentos.

- 2) "Medida das partes correspondentes"
- 3) "Palpação"
- 4) "Apparelho digestivo"
- 5) "Apparelho respiratorio"
- 6) "Apparelho circulatorio"
- 7) "Exame rectal, vesical e dos orgãos sexuaes"
- c) "Exame especial"
 - 1) "Coordenação" (ataxia, asynergia):
 - a) com equilibrio
 - b) sem equilibrio.
 - 2) "Marcha"
 - 3) "Actos de habilidade"
 - a) Apraxia
 - b) Linguagem:
 - Dysarthria
 - Anarthria
 - Paraphasia
 - Aphasia
 - c) Escripta.
 - 4) "Reflexos"
 - 5) "Força muscular" (estado myasthenico)
 - 6) "Movimentos associados anormaes"
 - 7) Tono muscular (estado myotonico)
 - 8) "Myxoedema"
 - 9) "Reacções electricas"
 - 10) "Hyperexcitabilidade nervosa"
 - 11) "Exame geral da sensibilidade"
 - a) Subjectiva
 - Dysaesthesias
 - Dôr
 - b) Objectiva:
 - Sens. tactil
 - " thermica
 - " dolorosa
 - " vibratoria
 - " de pressão
 - " muscular
 - " articular
 - " de peso
 - " de fórma
 - 12) "Nervos craneanos"
 - 13) "Morphologia craneana"
 - 14) "Estado mental"
 - 15) "Serologia"
 - 16) "Exame das urinas"

* * *

De magna importancia, e essencial, nesse sentido, é saber e reconhecer o quanto necessario se faz o recurso laboratorial, quando nossa observação acurada ficaria em suspenso, não fosse o auxillo alludido.

No que tange, então, ao liquido cephalo-racheano, o estudo tem sido exhaustivo por autores numerosos, mórmente em referencia á vastidão e complexidade da syphilia nervosa.

Para isso, nada encontrei de melhor que o artigo recente de André Barbé, de Janeiro deste anno, exposto de fórma eschematica, por dar a possibilidade de ensino rapido e pratico.

Delle vou lembrar-vos um resumo, o quanto sufficiente, para o elucidar desses reparos essenciaes, e qua, para vós, poderá ser guia seguro na senda, por vezes obscura, a vos offerecer o campo de clinica neurologica.

1.º) "Valor diagnostico"

O medico exige:

- a) seja o diagnostico

diagnostico desconhecido
 diagnostico duvidoso
 diagnostico hesitante

b) seja a confirmação do diagnostico.

2.º) "Valor prognostico"

Qual o futuro do individuo no ponto de vista:

a) geral ou local?

b) incapacidade temporaria ou permanente?

3.º) "Valor therapeutico"

Em presença do resultado biologico:

a) é preciso insciturar um tratamento?

geral?

particular ao systema nervoso?

b) A therapeutica tem tido uma influencia?

E' preciso continuar

cessar

modificar

o tratamento?

Propostas estas questões, o clinico deve saber exigir, em determinados casos:

A) Radioscopia, radiographia, radiotherapia.

B) Electro-diagnostico.

C) Biopsia (extremamente rara).

D) Urinas.

E) Sangue:

a) Estudo cytologico

b) chimico

c) humoral

d) bacterioscopico

F) Liquido cephalo-racheano.

Deve-se estudar:

a) liquido normal

b) modificações

physicas

chimicas

cytologicas

bacteriologicas

humorales

No que concerne ao ultimo ponto, póde o clinico de-sejar:

1) Exame completo, fóra de toda idéa diagnostica.

2) Exame que confirmará ou modificará o diagnostico clinico.

Estes dois capitulos responderão ás duas questões seguintes:

1) Sendo dada uma modificação do liquor, o que se deve pensar no ponto de vista diagnostico?

2) Sendo dada uma doença nervosa determinada, quaes as modificações do liquido cephalo-racheano que se podem achar?

o o

Em aula que dedicarei á punção lombar, frisando-lhe a utilidade clinica, tal assumpto ha de ser ventilado mais em minucia, onde lhe será dada attenção semeiologica tão completa quanto possível.

* *

E ahí tendes, caros alumnos, com taes considerações, o panno que se abriu, desvendando a scena, onde desfilam, á argucia do clinico, numero extenso de personagens, reclamando o estudo que desvenda, a attenção que perscruta, o carinho que consola . . .

Estudo clinico da acidose (não diabetica)

DR. H. ANNES DIAS

Prof. da Faculdade de Medicina de Porto Alegre
 Membro honorario da Academia Nacional de Medicina.

E' da acidose para que nos vamos occupar, deixando de lado considerações peculiares á acidose diabetica. Já, no diabete, como se sabe, alguns attribuem o coma á acção exclusiva dos corpos cetonicos, ao passo que outros nelle vêem a resultante de um accumulo de acidos no organismo. Esta questão de acidez organica é que vae ser o objecto das despreziosas considerações que ides ouvir e que nada mais visam do que fazer uma rapida revista deste novo e bello capitulo da clinica, capitulo ainda aberto, onde, ao lado de conquistas da maior relevancia, ainda perduram sombras, que irão desapparecendo á medida que nelle forem avançando, de braço dado, a clinica e a chimica biologica.

Sabemos que, normalmente, os liquidos organicos, com excepção do succo gastrico e da urina, são ligeiramente alcalinos ou neutros.

Ha, pois, no organismo, uma função chimica, cujo equilibrio é de valor vital; forças diversas se empenham em mantelo e quando o não conseguem de modo perfeito e duradouro, as mais variadas perturbações surgem por toda a parte, desde as mais proeminentes funções até ás minusculas, mas importantes, trocas cellulares. A integridade dessa função é que mantem uniforme a composição do sangue e da lymphá, pelo balanço perfeito dos elementos acidogenos e alcalogenos. E, assim que quando uma causa qualquer proenra alterar a reacção normal, o organismo tende a restabelecer esta.

O soro sanguineo possui mesmo uma capacidade toda especial, — a *alcalinidade potencial*, a *reserva alcalina*, que lhe permite neutralisar excessos de acidos. E não só alcalinos conspicios, mas até os sues de acidos fracos, como carbonatos e phosphatos, concorrem no mesmo sentido; quando estes mesmos forem insufficientes, na defeza, o organismo ainda recorrerá á formação de ammoniaco, como veremos.

Para bom entendimento destas questões de acidose, mistér é procurar na theoria dos *iontes* elementos esca-recedores. Sabe-se que todos os acidos, quando dissociados, dão logar ao ionte H, radical necessario delles; é por isto que a pesquisa da concentração deste ionte serve para medir a acidez sanguinea e, indirectamente, a alcalinidade.

Os dois iontes, cujo estudo mais nos interessa, no momento, são H e OH, os quaes estão, na sua quasi totalidade, intimamente ligados na agua de constituição dos tecidos; quando esses dois elementos se equilibram, isto é, quando — H OH a reacção é neutra, mas quando H prevalecer sobrevirá acidose. Nos casos de deshydratação organica, é dissociada a agua de constituição dos tecidos, com aproveitamento do oxygenio e libertação de H; como consequencia disso as trocas respiratorias se tornam precarias, a assimilação diminhe, as excreções augmentam, tal qual como se vé nas diarrhéas excessivas, na atbrepzia.

Si, em taes condições de dissociação, um acido é addicionado, augmentam os iontes H e diminuem os OH, noção essa de valor pratico, porque mostra, a nosso vér, o inconveniente da administração por diarrhéas profusas.

Nesses casos de predominio do ionte H, ha, para compen-sar a precariedade das trocas pulmonares, excitação

do centro respiratorio, o que determina augmento da ventillação alveolar e abaixamento da tensão do gaz carbonico. Na verdadeira acidose ha, pois, um excesso de H, que, quando permanente, é incompativel com a vida. E' para evitar isso, é para manter uniforme a concentração de H no sangue, que este possui as chamadas *substancias tampões*, entre as quaes sobresaé o bicarbonato de soda do plasma, que, em presença do acido, reage, libertando gaz carbonico e agua, com formação de sul.

Elle constitue a vanguarda da defeza alcalina do organismo e espelha a capacidade reaccional do sangue, motivo pelo qual a relação entre o gaz carbonico e o bicarbonato do plasma constitue boa medida da acidose, da concentração de H no plasma. Essa relação é, normalmente, de 1|20; é maior quando ha acidose.

Ao augmento de radical H no sangue, corresponde diminuição de CO² no sangue e nos alveolos.

Das considerações acima, decorre o valor da pesquisa da concentração do gaz carbonico quer no sangue, quer no ar expirado, para a avaliação de acidose.

Feitas estas notas preliminares, indispensaveis, vamos abordar o estudo desse syndrome, pois a acidose não é uma molestia, mas a resultante de variados disturbios metabolicos. O proprio nome de acidose é considerado máo por muitos tratadistas, que preferem a denominação de — alcalipenia ou hypoalcalinidade, mas bom ou máo elle está consagrado pelo uso.

A acidose abraça questões extensas em medicina e della tem que se occupar todo o clinico, não só o que faz medicina geral deve conhecê-la para a surprehender nas molestias agudas ou chronicas, principalmente nas nephropathias, nas diarrhéas etc., o parteiro deve conhecer as relações da acidose com a gravidez; o psychiatria se lembrará de que as estatisticas de Ives Morault mostram que a acidose existe em 90 % dos casos de confusão mental e em 21 % dos de epilepsia; o cirurgião deve pensar nella por causa dos anesthetics e do choque operatorio; o pediatra terá, mais do que os outros especialistas, necessidade de bem conhecer a acidose, um grande factor de mortalidade na infancia. E', como se vê, extenso o programma da acidose, que vamos agora abordar.

Causas. — A acidose pôde ser devida ou a uma super-produção acida, que prevaleça sobre a defeza alcalina do organismo, ou ao accumulo de acidos decorrentes da deficiencia de neutralisação e de eliminação destes ou ainda á grande perda de alcalinos que, em certas condições, soffre o organismo.

No primeiro grupo, ao lado da ingestão excessiva de acidos ou de certas intoxicações acidas, figuram, como factores primaciaes, certas perturbações do metabolismo, umas caracterizadas pelo exaggero de produção acida, outras por uma dysfunction metabolica, como se dá nos disturbios dos desdobramentos das gorduras, dos hydrocarbonados e dos proteicos. Em certos casos mesmo, como no choque cirurgico, se assiste a uma verdadeira sideração do metabolismo.

Como exemplo de excesso de alimentos acidos, eu vos poderia citar o caso de um parente proximo meu, em que o exame de urinas mostrou uma notavel ammoniúria, a mais notavel mesmo que tenho observado. Como se tratasse de pessoa reconhecidamente uricemica, não podia deixar de ser alarmante tal ammoniúria: tudo logo se esclareceu, desde que o doente relatou estar fazendo a chamada cura intensiva de limão para combater manifestações de rheumatismo chronico; bastou suspender, durante alguns dias, o uso, ou melhor, o abuso do limão, para a que a urina se normalisasse.

Quanto ás diatheses acidas, uricemica, oxalemica, ainda não ha trabalhos concernentes ás suas relações com a acidose, mas é bem provavel que predisponham a esta, por estarem sempre comprometendo as reservas alcalinas do organismo.

As perturbações do metabolismo são, por certo, as causas mais interessantes da acidose. Por vezes, é um catabolismo excessivo, com libertação de productos toxicos, como se pôde observar no Mal de Basedow, como se pôde ainda vêr nas cachexias terminaes e, principalmente, no cancer visceral.

E' por um mecanismo semelhante que se produz a acidose em casos de infecções agudas, como a grippe, e chronicas, como a syphilis, a malária e a tuberculose, nos seus estádios terminaes.

Ely acha mesmo que a acidose é um dos principaes factores da gravidade da grippe; a deficiencia das oxydações dá lugar á formação de elementos acidos, que são, a principio, contrabalançados pela defeza alcalina, mas desde que esta se exgota são chamados os alcalis de constituição dos tecidos, ficando assim sacrificada a vida celular.

2) O segundo grupo enfeixa os casos em que a acidose é o resultado da falta de neutralisação dos acidos no seio do organismo: é o que se dá, por exemplo, quando o fígado, insufficiente, não constitue mais uma barreira bastante para deter e transformar certos toxicos, como em algumas cirroses. São ahí capitulados os casos de acidose por insufficiencia renal, sobre cuja importancia tereis uma idéa quando estudarmos a acidose uremica. Quanto á que sobrevem em casos de insufficiencia cardiaca, bem se pôde dizer que, em muito, é devida ás deficiencias renal e hepatica, que lhe são consequentes, mas em certo gráo se a pode attribuir a disturbios serios da circulação capillar. De facto, os bellos estudos de Hooker, sobre a actividade funcional dos capillares, mostraram que estes têm por função permitir as trocas entre o sangue e os tecidos, trocas facilitadas pela permeabilidade physiologica, que está em relação com os phenomenos de contracção e dilatação. Ora o valor dos capillares em pathologia, já estudado nos processos inflammatorios, se tornou maior quando se soube que certos toxicos agem electivamente sobre elles, — são os venenos capillares, entre os quaes a histamina, que produz a dilatação, o uranio, a emetina, a toxina diphtherica, que a principio produzem dilatação e, a seguir, lesões estruturales. Estes ultimos venenos, diminuindo a permeabilidade da parede capillar, podem favorecer a acidose.

A limitação das funções eliminadoras do pulmão, nas asphyxias, e da pelle, nas queimaduras extensas, são causas occasionaes de acidose, no primeiro caso pelo acido carbonico com exgotamento das reservas alcalinas, no ultimo pela formação de toxicos e pelo comprometimento frequente de outros tecidos, como os rins etc.

Devemos ainda citar a estase intestinal chronica, responsavel por fermentações acidas, que tanto compromettem a alcalinidade organica. Lembremos, como causas possiveis de acidose: as anemias extremas, em que se apresenta a acidose na proporção de 20 % dos casos e a altitude, esta de um modo transitorio; Mosso, que a estudou, diz que a altitude faz diminuir consideravelmente a alcalinidade do sangue, na proporção, ás vezes, de 30 a 44 %.

3) No terceiro grupo figura, principalmente, a acidose infantil, tão grave e tão frequente, que é um dos grandes perigos nas diarrhéas infantis. São tambem aqui estudados os casos em que a acidose depende de uma dieta pobre em alcalinos, como acontece no jejum, em certas dietas da in-

fancia, exclusivistas, em alguns regimens dieteticos exaggerados e prolongados na nicera gastrica etc.

Faltando na alimentação os alcalinos, as reservas organicas não são renovadas e o equilibrio chimico é alterado. A acidose gravídica é, em parte, devida ao deficit alcalino, pois ha a perda, ou melhor, o transporte constante de alcalinas do organismo materno para o fetal, o que determina um certo desequilibrio no balanço chimico e favorece a acção de causas occasionaes, em outros casos, qualquer que seja a theoria adoptada para explicar a toxemia: — bacteriana, fetal, placentaria ou auto intoxicação gastro intestinal, as alterações do metabolismo, concorrendo com disturbios nos emunctorios, são capazes de produzir uma quantidade excessiva de radicaes acidis.

Os casos mais interessantes deste grupo são, incontestavelmente, os observados na infancia, não só devido á frequencia, mas á gravidade de sua marcha; elles permittem ao clinico um estudo metuculoso desta questão, porque põem em relevo o mecanismo da acidemia, dada a particular, e notavel capacidade reaccional do organismo infantil.

Sem entrarmos aqui em detalhes, que mais adiante serão estudados demoradamente, lembraremos que as diarrhéas infantis, pelas grandes perdas liquidas que occasionam, pela subtração de alcalinos que estas accarretam, se tornam um notavel factor de acidose e esta vêm tornar sombrio o prognostico. E não só á depleção alcalina dão logar essas grandes perdas liquidas, pois vão ainda dissociar a agua de constituição dos tecidos.

E' nesses casos que, muito communmente, nós observamos sapinhos, essa outra manifestação de valor, por ser relativamente precoce.

Por aquelle mecanismo se explica a acidose no cholera morbus, no cholera infantum, em certas dysenterias, em alguns casos de febre typhoide etc; é em taes casos que uma dieta pobre em saes e em liquidos pode occasionar desastres.

A intoxicação alimentar de Finkelstein, em que ha scommettimento rapido, com vomitos e diarrhéas, com digestão e nutrição perturbadas, predispõe á acidose, que é annunciada por irritabilidade nervosa, perda rapida de peso, somno entrecortado e que continúa, depois, na apathia, com perda da tonicidade muscular, pelle secca e pallida, depressão da fontaneila, para se estereotipar nos sapinhos, na hyperpnéa caracteristica e no coma terminal. Nos casos de ileocolites de origem infecciosa, a deshydratação dos tecidos não chega a ser tão accentuada.

Mecanismo

A acidose se installa quando decadem as defezas alcalinas do organismo. O sangue, como o mostram as reacções obtidas com o methodo electrometrico, tem uma reacção ligeiramente alcalina, quasi neutra, mas, diz Lambing, si se fizer a reacção com a phenolphthaleina que é sensivel ao gaz carbonico, se verificará que a reacção é acutra e que a alcalinidade é apenas apparente. Entretanto é incontestavel que elle contém reservas de alcalis, para a defeza contra os acidis, reservas que entram em jogo quando estes acidis são produzidos em excesso, por oxydações imperfectas. E' principalmente a combustão anormal de graxos e proteicos que os produz. Os acidis anormaes deslocam, no sangue, o acido carbonico e, como bem diz Piersol, este deslocamento é proporcional á quantidade de acidis anormaes, de tal modo que, quanto maior a acidose, menor a proporção de gaz carbonico no sangue.

Este facto e a circumstancia de reflectir o gaz carbonico alveolar exactamente o do sangue, justificam a pes-

quisa desse gaz no ar expirado, para a determinação da acidose.

Para neutralisar os acidis anormaes, o organismo lança mão do bicarbonato de soda, augmentando, assim, o gaz carbonico. Sellards diz que a reacção ligeiramente alcalina do sangue é mantida não só pelos alcalinos da alimentação, mas tambem pela eliminação renal e pulmonar dos acidis e pela neutralisação ammoniacal. Os acidis carbonico e phosphorico, que são promptamente eliminados, e que pouco alteram a reacção do sangue, protegem de certo modo o organismo contra a acidose.

As defezas mais importantes cabem, no entanto, ao bicarbonato de soda e ao ammoniaco.

Os liquidos intersticiaes e o sangue devem, na opinião de Kirby, ser considerados como soluções de bicarbonato de soda a 3%; tal solução absorve o excesso de gaz carbonico e este, actuando como um acido fraco, torna a solução menos alcalina, voltando esta á reacção anterior quando aquelle é eliminado na superficie pulmonar. Si acidis anormaes, mais fortes, penetram na corrente sanguinea, como o betaoxybutirico e o diacético, uma parte do bicarbonato é neutralisada, tornando-se necessaria uma forte ventilação pulmonar para equilibrar a reacção, assim como uma activação dos diversos emunctorios. Si estes falham, ou si, por uma grande depleção liquida intestinal, que exgotta ainda as reservas alcalinas, — a concentração acida se torna maior, sobrevem acidose, como mostraremos.

Pesquisas de laboratorio.

Deixando de lado questões de technica que escapam ao objectivo deste trabalho, vamos enumerar os differentes methodos que tem sido empregados para suprehender a acidemia, uns se referem á urina outros ao ar expirado, outros ao sangue. Assim se tem procurado dosar a acidez urinaria, a ammoniuria, a acetonuria, se faz a prova do formol, se procura calcular a quantidade de bicarbonato necessaria para tornar a urina alcalina etc.

O ar expirado foi estudado para a dosagem do gaz carbonico alveolar; este methodo é dos melhores.

Mais delicadas são as provas feitas com o sangue: o poder de combinação do gaz carbonico sanguineo, a acetonemia, a concentração do ionte II e a determinação das reservas alcalinas;

De todos os processos hoje em uso, se avantaja o de Van Slyke, baseado no poder de combinação do gaz carbonico do plasma; seguem-se-lhe em valor clinico, a analyse do ar expirado ou prova de Howland-Mariott e a dosagem do ammoniaco urinario, mas estas ultimas podem ser influenciadas por outras causas além da acidose (Kirby).

Póde-se dizer que os algarismos inferiores a 40 são, na prova de Van Slyke, indicativos de uma acidose tanto mais seria quanto mais baixo o algarismo observado.

Symptomas.

Quando hypoalcalinidade humoral excede certos limites, apparecem symptomas, que variam conforme a determinação etiologica da acidose.

S. respiratorios. Entre os signaes de acidose, um chama desde logo a attenção, — a hyperpnéa, caracterisada por expirações e inspirações profundas, chegando a realizar a *lame de ar*, na pittoresca expressão dos auctores americanos. A sua significação é tão relevante que Silvestre poude dizer que, na ausencia desse signal, se deve ser muito reservado em fazer o diagnostico de acidose. Por vezes, tem sido observado um typo respiratorio semelhante ao de Cheyne-Stokes. O valor da hyperpnéa não se limita ao diagnostico, pois esta indica tambem a gravidade do caso, intensificando-se parallelamente a esta.

Ha ainda a citar o halito acetónico, em que o ar expirado tem o cheiro de maçãs apodrecidas.

Signaes nervosas. A cephalalgia é frequente, assim como vertigens. O doente, principalmente nos casos de acidose infantil, apresenta-se anxiado, inquieto, o sono é agitado ou ha insomnia; ha um nervosismo manifesto e, em alguns casos, confusão mental.

Mais tarde, ou desde logo em certos doentes, se manifesta apathia, estupor mesmo, & insomnia succede somnolencia, grande prostração, e nos casos muito graves, se brevem verdadeiro coma, que pôde terminar em convulsões, principalmente na acidose ligada ao cholera infantil. E' tambem indice de gravidade a ebriedade que apresentam certos doentes.

Geralmente os symptomas nervosos mais graves se apresentam acompanhados de febre; as crianças apresentam fontanella e olhos escavados.

S. digestivos.

As nauseas são talvez o primeiro symptoma digestivo; a ellas vão succeder logo os vomitos, que podem ser incessantes, explosivos, vomitando o doente até a agua, — ou periodicos em série; aquelles muito graves, estes de melhor prognostico. A proposito da acidose infantil estes vomitos cyclicos serão estudados.

Ha geralmente constipação e certa rigidez da parede do ventre; comprehende-se a importancia da boa interpretação desses signaes quando se sabe que a acidose pôde estar ligada a infecções agudas abdominaes. E se alguns desses symptomas, como vomitos, rigidez da parede, constipação, se acham ligados a signaes geraes, como febre, anciedade respiratoria, tachycardia etc., o quadro do *abdomen agudo* pôde ser simulado, com grave responsabilidade para a acção do medico.

S. circulatorios.

O mais frequente é a tachycardia, verdadeiramente constante; é de notar-se a ausencia de cyanose, para a boa interpretação da hyperpnéa da acidose.

Signaes geraes e de laboratorio.

Chama a attenção a fraqueza extrema de certos doentes, que estão verdadeiramente siderados, apenas movendo a cabeça de vez em quando para vomitar. Ha uma elevação thermica geralmente discreta. A pelle é seca.

No sangue, além da verificação capital da hypoalcalinidade, ha a notar ligeira leucocytose.

Na urina se observam constantemente a acetonuria e a ammoniuria:

1) *Acetonuria.* Até bem pouco quem dizia acetonuria dizia acidose, hoje se acha, no entanto, que nem sempre isso é verdade, não só porque a acidose pôde existir sem acetonuria, como porque, muito frequentemente, a acetonuria não é a expressão de uma acidose real, assim, por exemplo, ella é commum nas crianças doentes, sem que tenha significação clinica importante.

A sua verdadeira significação, a sua influencia perniciososa, é medida, não pelo seu apparecimento na urina, mas principalmente pelo syndrome acidose. No jejum a acetonuria é accentuada, facto que se dá, por exemplo, nas infecções que obrigam a um regimen de inanición. E' de observação que ha perturbações toxicas, em crianças, que se apresentam com acetonemia e notavel acetonuria, por augmento de produção ou por diminuição da destruição da acetona ou pelos dois factores ao mesmo tempo. O resultado de tal disturbio é uma acidose moderada, em que ha sempre febre e tendencia á reincidencia.

Taes factos, que têm certa relação com os vomitos cyclicos, são frequentemente acompanhados de amygdalites, pharyngites etc.

2) *Ammoniuria.* Como já dissemos, o organismo recorre, para a neutralisação dos ácidos, aos carbonatos, aos phosphatos e ao ammoniaco. Dos saes formados, alguns se decompõem no nivel do rim, libertando-se uma parte de ammoniaco, que vai apparecer na urina e, em vez da quantidade normal 0,5-1, se vai encontrar na acidose 4 e mais grammas.

E' assim que essa cifra é mais alta no homem normal, que usa carne, do que no vegetariano. A ingestão de bicarbonato tambem a diminúe.

Os ácidos diacético e beta-oxbutyrico, apesar de saturados pelo ammoniaco, são eliminados pela urina porque lhes falta o nucleo CO², necessario para a transformação em uréa.

Elles são um indice de acidose.

E' interessante tambem conhecer o coefficiente azoto ammoniacal azoto total que, quando superior a 82%, deve fazer temer a acidose.

Ha uma certa relação entre as trocas proteicas e a eliminação de ammoniaco, de tal modo que esta só pôde ser bem interpretada quando se tem em vista a alimentação e a quantidade de azoto eliminada, sendo certo que a ammoniuria corresponde á hypoazoturia.

Com relação á acidose, admite-se que cada molecula de ammoniaco excretada corresponde a uma de ácido.

Resumindo, se pôde dizer que a ammoniuria excessiva constitúe um bom signal de acidose, principalmente se vem acompanhada de alto coefficiente azoto-ammoniacal.

A citação seriada de todos esses signaes nos mostra quão variadas podem ser as associações delles, dando a certos casos aspectos caracteristicos.

Ao clinico, conhecedor de todos elles, cabe colhel-os e bem interpretal-os quando, pela sua accentuação ou pela sua associação, surgirem a revelar, no decurso de uma molestia, o apparecimento da acidose.

De um modo geral se pôde dizer, com Sylvestre, que ha, na acidose, 5 typos symptomatologicos principaes:

1) Vomitos e febre, em ataques periodicos, cyclicos. Este grupo está geralmente ligado a uma infecção em foco (angina, appendicite, otite).

2) — Vomitos incessantes, hyperpnéa notavel, acetonuria, ebriedade; esses casos graves, são geralmente secundarios a intoxicações digestivas.

3) — Verdadeira acidose com diarrhéa profusa, deshydratação notavel. Grave.

4) — Grande acidose, com morte subita ou rapida, em horas ou dias. A' autopsia são encontradas lesões dos centros nervosos, como encephalite etc.

Papel da acidose em pathologia

Nephropathias.

Nos ultimos annos a questão da acidose vêm preoccupando os que estudam a pathologia renal, pois é facto de observação que o apparecimento dessa complicação ensombrece notavelmente o prognostico. Julgaram, a principio, alguns que a acidose podia determinar a uremia, mas pensam outros que é a insufficiencia renal avançada que dá lugar, secundariamente, á acidose. Sellard, no entanto, em recente trabalho, affirma, que á acidose precede a uremia e julga que si, num caso de nephrite chronica, se descobrirem precocemente a elevação do indice acido, se poderá agir de um modo grandemente favoravel, effcaz. A opinião geral é, porém, como vimos, de ser a acidose uma etapa avançada no decurso da uremia; não se deve considerar a uremia como uma intoxicación acida, mas esta como uma resultante da aggravação da impermeabilidade renal, como um phenomeno terminal. Por outro lado, os traba-

lhos de Chace, Schloss, mostram a existencia de acidose, não só em períodos diferentes de azotemias, mas em certas nephrites agudas, como attestado de insufficiencia renal; a hypoalcalinidade observada no cholera, foi, por Schloss, attribuida ás lesões renaes, que não faltam nos casos graves.

E', aliás, o que demonstra a prova de phenolphthaleina, feita em taes casos.

Essa acidose das nephrites chronicas, si é permanente quando terminal, mostra-se por vezes, episodica verdadeira acidose aguda, cujo principal symptoma é a dyspnéa, essa dyspnéa especial de largas e frequentes inspirações, que bem mostram o esforço pulmonar para restabelecer a normalidade da reacção sanguinea. Esse symptoma é tão importante que o seu apparecimento num caso de nephrite, desacompanhada de descompensação cardiaca, deve fazer pensar em acidose, e, de um modo geral, se pode dizer que a dyspnéa accentuada exige, em qualquer caso de nephrite, a pesquisa da acidez sanguinea.

Foi num caso de uremia adiantada que tivemos occasião de verificar, pelo methodo de Van Slyke, a notavel cifra de 23 %, coincidindo com accentuada dyspnéa e extensa estomatomyose ou sapinhos; é essa uma demonstração da nossa affirmação de ser tal mycose a manifestação local de uma acidose geral.

Embora Parke tivesse julgado que a incapacidade do rim para eliminar acidos não explicava sufficientemente a acidose, hoje é opinião corrente que essa é a causa inicial, pois os phosphatos acidos, que devem ser eliminados pelo rim, se accumulam quando este é insufficiente e exigem para a sua neutralisação a chumada das reservas alcalinas e, quando estas diminuem e se esgotam, sobrevem acidose. A' insufficiencia renal inicial succede a insufficiencia organica geral, com precaria neutralisação dos elementos acidos circulantes. Não ha, pois, ahí, superprodução de acidos, mas deficiencia de sua eliminacão. É uma intoxicacão nova superposta á uremica, já existente no caso.

Para tal dyspnéa o tratamento melhor é a administracão do bicarbonato de soda e dos saes de calcio.

A estomatomyose (sapinhos) é uma manifestacão de acidose.

Já, ha muito, se tem como certo que os sapinhos, no adulto e no velho, constituem grave signal prognostico; por outro lado é de observacão corrente, nas crianças, essa mycose costuma ser rebelde ás medicações locais, mas cedo logo que o estado geral melhora, ao passo que se accentua, apesar de todos os meios locais, se o caso tende para um desfecho lethal.

De todo o exposto, resalta a dependencia estreita em que se acha essa mycose com relação ao estado humoral geral.

Ha pouco, lendo nas "Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderbeilkunde" a mais completa monographia que existe sobre a "Sourkrankheit", a mycose em questão, não vi a menor referencia a uma possivel acidose e, no entanto, já de alguns annos a esta parte pensamos que só esse elemento geral é que explica o apparecimento de tal complicacão em condicões tão diversas como as diarrhéas infantis, as cachexias, as nephrites chronicas etc. Vemos que exactamente nessas circumstancias morbidas ha o perigo imminente da acidose. De accordo com esse modo de vêr, temos, systematicamente, em taes casos feito uso, ao lado das medicações locais, de alcalinisação geral, pela administracão de bicarbonato, por ingestão ou clyster, ao mesmo tempo que fornecemos ao organismo grandes quantidades de liquido, principalmente por via percutanea. Des-

se modo de agir temos a melhor impressão e os resultados nos permitem affirmar a sua maior efficacia.

Foi, lendo em vista esse modo de vêr, que, em face de um caso de uremia, com somnolência e dyspnéa, que apresentava a bocca coberta de sapinhos, affirmámos a acidose e o laboratorio, que já nos havia revelado uma cifra de uréa de 4 grs., nos veiu mostrar a notavel baixa de acidez sanguinea — 23 %.

Assim, desta feita, a clinica recebia a confirmacão do laboratorio. Os antigos medicos, na sua grande sabedoria, filha de uma observacão attenta, já haviam declarado a gravidade dessa mycose nos individuos edosos; nós sabemos hoje como explicala. Elles já haviam notado que o meio buccal era acido e que a medicação alcalina era a indicada, o que era preciso mostrar, e cremos tel-o feito, é que a reacção acida local e o apparecimento dos sapinhos revelam a impregnação acida do organismo e estão a pedir, não uma simples medicação local, mas uma comprehensão mais larga das condicões geraes do puciente. A objecção, que já nos foi feita, de ser a estomatomyose um mal de infancia quasi sempre, tem a sua resposta necessaria e immediata no facto de ser a acidose mais commumente observada na criança, organismo cujo equilibrio physico-quimico é mais labil, exposto mais do que o do adulto a uma das causas mais sérias de depleção liquida e alcalina — as diarrhéas de verão; além disso, as perdas liquidas são proporcionalmente muito mais consideraveis nesses pequenos seres.

Todas essas circumstancias já estavam a indicar que a acidose deve ser observada mais vezes na infancia e á tambem ahí que os sapinhos são encontrados de preferencia.

A acidose na infancia.

Como vimos esse é o período da vida mais propicio ao apparecimento da acidose; é ahí que as desordens nutritivas podem dar logar a accumulacão de acidos, quer no interior do tubo digestivo, por desordens da digestão ou por alteracão qualificativa dos alimentos, quer nos meandros do meio interno, como coefficiente de um metabolismo desnordeado; esse excesso acido vai de etapa em etapa, si as suas causas persistirem, vencendo as reservas alcalinas organicas.

Assim, no catabolismo normal das gorduras, ha desdobramento rapido do radical acido graxo em acido butyrico e este é transformado, por sua vez, em acido carbonico e agua; quando, porém, é perturbado o metabolismo dos hydratos de carbono, tambem o é, de contra-golpe, o das gorduras e o processo de transformacão butyrica é, então, muito lento, passando pelas phases dos acidos beta oxybutyrico e diacético. Smith chega mesmo a dizer que a fermentacão intestinal dos hydratos de carbono é a causa da acidose infantil, julgando Pritchard que se deve attribuir grande papel á superalimentacão.

Não só os hydrocarbonados têm essa influencia, os proteicos tambem a podem exercer, mas em menor gráo.

Howland e Marriott, estudando casos em que a acidose sobrevinha em seguida a fortes calores, em crianças que só usavam leite, notaram que nenhuma usava farinaceos e concluíram que, si em parte os productos acidos provem do assucar e das gorduras, a maior parte destes vêm dos resultantes toxicos da desintegracão proteica quer se faça esta nos intestinos, quer além das paredes destes. Para elles a grande causa da acidose, nesses casos, é a caseina e citam em favor dessa opinião, a intolerancia que existe, para o leite de vacca, após os acessos de acidose. Vaughan mostrou que o veneno proteico, resultante da caseina, é fortemente acido.

É essa especie de acidose, que se caracteriza pela superprodução de acidos no tubo digestivo e nos tecidos,

que Bendix chama de — *acidose* pura. Salge acha que pode desempenhar papel importante na sua determinação o bacillo acidophilo e Keller, ha muitos annos, attribua a acidose á absorção de acidos formados no intestino, principalmente acido lactico.

A essa fórma, oppõe Bendix uma outra, que decorre das grandes perdas alcalinas, corollario da consideravel depleção liquida que se observa nas diarrhéas com vomitos. Ha ahí uma verdadeira *alcalipenia*, que é um dos symptomas característicos desse serio diq̄turbio nutritivo, — a atrophia infantil.

Geny, em 1897, pensava mesmo que a acidose precedia e condicionava as perturbações digestivas. E' de suppor-se que taes phenomenos andem frequentemente unidos o que bem se comprehende pois, prejudicado tão fundamento o metabolismo, as perturbações digestivas cedo apparecem e, por seu lado, concorrem para aggravar o disturbio metabólico. Si o processo é discreto e de longa duração, haverá prejuizo do desenvolvimento da criança, como mostron Czerny.

Howland divide a acidose infantil em dois grandes grupos etiologicos: o primeiro reúne os factos devidos á formação excessiva de corpos acetonicos, como se dá no diabete, na ileocolite aguda e nos vomitos cyclicos; o segundo encerra aquelles em que não existe a formação de taes corpos em excesso. E' principalmente deste segundo grupo que nos estamos occupando, é ahí que se enquadram as diarrhéas de verão, o cholera infantil, entidades clinicas em que a acidose constitue uma complicação gravissima, fatal mesmo na maioria dos casos.

Recapitulando, diremos que as causas principaes de acidose seriam, — a superprodução acida, grandes perdas de alcalinos, a oliguria, uma grande depleção liquida, que determina não só a deshydratação dos tecidos, pela dissociação da agua de constituição destes, mas a hypoalcalinidade e o augmento da viscosidade sanguinea.

Os symptomas mais frequentes da acidose infantil são os respiratorios, os digestivos e os nervosos.

Entre os respiratorios, sobresae, sem duvida, a hyperpnéa, já descripta, cujo apparecimento no decurso de uma diarrhéa infantil deve desde logo orientar o clinico no sentido da acidose; ha ainda a notar o cheiro acetonico do halito.

Entre os digestivos, releva salientar os vomitos e a diarrhéa. A lingua é saburrosa, a bocca apresenta sapinhos, signal importante de acidose. Os vomitos são constantes, ás vezes incoerciveis, outras vezes cyclicos.

A diarrhéa é aquosa quasi sempre, ás vezes acompanhada de catarrho e sangue, sendo as dejectões muito frequentes. Ha casos, entretanto, principalmente os que simulam a meningite, em que sobrevem constipação com retracção da parede do ventre.

E' frequente a insufficiencia hepatica.

Para o lado do systema nervoso, chama logo a attenção a notavel depressão de forças, ficando a criança verdadeiramente siderada, aniquilada, com os olhos encovados, o ventre retrahido, a fontanella deprimida, fazendo de vez em quando um movimento para vomitar e voltando á primitiva posição. No inicio, porém, a criança se mostra inquieta, ansiosa, irritada e, em certos casos, o estupor pode ser substituido por convulsões.

Comprehende-se como o apparecimento de signaes de irritação meningéa pode complicar o diagnostico. Nesses casos ha, geralmente, febre discreta; a pelle é secca e pallida.

Nos casos chronicos, de verdadeira diathese acida, é fre-

quente o eczema, secco ou humido, reincidente, cujas relações com a acidose foram bem estudadas por Flamini.

Dóres abdominaes são observadas e, si violentas, podem desnortear o diagnostico, simulando phenomenos de *shock*, com os vomitos, a hypotensão, a sideração do systema nervoso etc. O verdadeiro diagnostico é logo suspeitado pela hyperpnéa, pelo apparecimento dos sapinhos, pelo cheiro acetonico do ar expirado, pela inquietação ou pela somnolencia, por occasião de uma affecção digestiva.

Com relação ao diagnostico differencial, deve ser feita a distincção com:

1) a meningite, o que se conseguirá com uma analyse rigorosa dos symptomas e com os exames de laboratorio:

2) a intussuscepção intestinal, por meio de um bom exame clinico;

3) a febre typhoide;

4) a appendicite, o que será muito importante por causa da possivel indicação operatoria.

O diagnostico deve, pois, ser bem esmerilhado por que a acidez pode acompanhar diversas affecções abdominaes, como cholecystite, appendicite, salpingite etc.

Marcel Labbé mostra a grande importancia de um diagnostico precoce, aconselhando que a pesquisa systematica da acidose seja feita em todos os casos em que essa complicação é uma possibilidade.

Prognostico. — A gravidade de um caso de acidose infantil não se mede pela violencia dos phenomenos locais, como a diarrhéa, mas por certos signaes que lhe são proprios, como a hyperpnéa, incontestavelmente um dos melhores indicadores clinicos do gráo de acidificação humoral.

O prognostico muito depende da molestia que determinou a acidose, da intensidade e da natureza desta ultima: é assim que a maior parte dos casos curados pertence á acidose do type cetonico.

Si os signaes nervosos, como agitação, estupor, coma, predominam, a gravidade é extrema.

Si a acidose vêm como complicação de um caso de athrepsia, é muito grave, prenunciando muitas vezes, morte proxima. Nos casos graves a acidose costuma acompanhar-se de elevação thermica, coma ou convulsões, terminando em 2 ou 3 dias.

Quanto á hyperpnéa, se pode dizer que ella está em proporção inversa com a alcalinidade do sangue; o bicarbonato que eleva esta diminui aquella; outros phenomenos acidoticos são assim melhorados por esse alcalino e tanto mais facilmente quanto 'mais leve é o caso, podendo, de tal modo, esta prova therapeutica servir, em muitos casos, de criterio prognostico. Nos casos de diarrhéa, porém, o resultado sóc ser passageiro, pouco influindo sobre o desfecho, parecendo, como diz Guy, que ou o acido anormal possui propriedades toxicas, mesmo depois de neutralizado mas ainda não eliminado, ou o damno causado é já tão extenso, quando o tratamento iniciado, que a melhora é precaria.

Tratamento. — Este será estudado a proposito da therapeutica geral da acidose.

Acidose e gravidez

O facto de ter sido observada acidose em casos de eclampsia, fez suppôr a alguns medicos que a toxemia gravidica nada mais era do que uma intoxicação acida; era uma conclusão indebita, pois a acidose nesses casos será ou um symptoma de males intercorrentes ou a manifestação de insufficiencia hepato-renal ou a resultante da violencia das contracções musculares, como nos casos

de convulsões eclâmpicas. De facto, Davis observára que a acidez sanguínea é proporcional ao numero e á violencia das convulsões, além disso se sabe que, após violento exercício muscular, é encontrado acido lactico, especialmente quando a oxygenação do sangue é deficiente, como nas convulsões uremicas, ora a esse acido lactico pode ser attribuída a diminuição da alcalinidade do sangue.

A insufficiencia hepato-renal, disturbando fundamentalmente o metabolismo, compromettendo a neutralisação e a eliminacão de toxicos é uma possível causa de alcalipenia e quanto mais grave a insufficiencia maior a acidose, podendo esta ser rapidamente fatal, como em casos de ictericia grave e em certos de cirrhose hepatica.

A anestesia chloroformica, a inanición, os vomitos persistentes, são outros tantos factores de acidose.

Acidos e cirurgia

A duas causas principaes pode o cirurgião attribuir a acidose, que sobrevenha em seus operados: á anestesia e ao acto operatorio, em si ou ás circumstancias que seguem ou antecedem este.

Com relação ao anestesico se tem affirmado que a acidose é mais frequente com o ether mas mais grave com o chloroformio. Austin e Jones acham mesmo que ella é quasi constante após o ether e, então, proporcional á duração da anestesia, sendo geralmente transitoria; o chloroformio, mais toxico, dá lugar a acidoses mais accentuadas.

Esse accidente sobrevem, de preferencia, em individuos predispostos, como os obesos, os que têm insufficiencia hepatica, suprarenal, os que se acham em estado de inanición (cancer gastrico, estenose pylorica etc.).

O acto operatorio pôde tambem, em taes casos, desencadear a acidemia, tanto mais facilmente quanto mais demorado ou quanto interfira com órgãos capitaes da nutrição.

O shock operatorio, o terrivel accidente, que desespera o cirurgião e que tem conservado o segredo do seu mecanismo intimo, está geralmente ligada a uma acidose mais ou menos accentuada; sabe-se que nesses casos quanto maior a hypotensão tanto mais intensa a acidose, a queda da alcalinidade sanguínea é parallela á hypotensão, tanto que, quando se consegue combater esta, se attenúa aquella, poupando as reservas de alcalis.

Uma hemorragia operatoria consideravel favorece o surto da acidose.

A "Commissão do Shock", instituida pelo governo inglez para resolver esse problema tenebroso, disse que a acidose é um dos elementos do quadro do shock, mas não é a causa deste.

Si uma relação existe entre o apparecimento de tão grave accidente e a duração e a natureza da operação, outras vezes elle sobrevem após intervenções simples e, então, a necropsia vae descobrir lesões insignificantes cerebraes, hepaticas, suprarenaes ou thyroidianas etc.

Algumas vezes é o jejum post-operatorio culpado lo accidente, como tambem o pode ser a dieta excessiva ante-operatoria, favorecendo a acidose pela autophagia a que dá lugar, com o consequente exgotamento do glycogeno de reserva.

A emoção, o medo, são factores capazes de perturbar o equilibrio metabolico e, por isso, devem, ás vezes, ser levados em conta.

A mulher está mais predisposta á acidemia devido á menor capacidade de seu sangue para assegurar as trocas de amhyrido carbonico.

Seria conveniente, antes de emprehender uma operação de vulto, medir a acidez sanguínea, a não ser nos casos agudos, urgentes, em que uma acidose occassional pode até melhorar com a operação.

Todas as vezes, porém, que o perigo da acidose existir, ou por já estar a reserva alcalina compromettida, como nos casos de asthenia, inanición, affecções hepaticas etc., ou por dever o doente supportar uma anestesia prolongada ou um acto operatorio muito serio, o clinico andará bem administrando liquidos em abundancia, hydrocarbonados e, mesmo, muitas vezes, durante o acto operatorio ou no periodo que se lhe seguir, fazer injectar uma solução de bicarbonato de soda ou de glicose, não esquecendo as injectões de adrenalina, se houver hypotensão.

Diminúe-se, assim, o perigo da acidose, favorecendo o metabolismo, impedindo ou diminuindo os vomitos, excitando a diurese. Deve-se facilitar o somno a taes doentes, pois este lhes é tão util quanto a insomnia prejudicial.

Esses cuidados todos valem bem a pena, porque permitirão evitar, muitas vezes, desastres terriveis, que compromettem a vida do doente e a reputação do cirurgião; este deverá vigiar de perto o periodo post-operatorio, chegando assim a salvar situações que a menor perda de tempo torna desesperadoras.

Si um obeso, um canceroso, um grande operado qualquer, apresentar somnolencia, asthenia accentuada, hyperpnéa, hypotensão notavel, não perder tempo, agir com a maxima energia e presteza. E assim, toda a vez que sobreviér um symptoma insolito, como anciedade, hyperpnéa, tachycardia, vomitos persistentes, diarrhéa accentuada etc.

A associacão de alguns desses symptomas pode ser prenunciadora da acidose, que convém surprehender no inicio, unica etapa em que é possível de acção therapeutica.

Prognostico da acidose

O prognostico varia com

- a) a causa da acidose, assim a do diabete é menos grave que a do chóléra infantil,
- b) o typo da acidose: os de typo acetónico são menos graves.
- c) o gráo de concentração do ionte Hydrogeneo no sangue.
- d) os antecedentes da doença: assim menos grave no inicio de uma molestia infecciosa (sarampo, escarlatina, grippe, pneumonia), muito mais grave no decurso ou no fim de uma infecção, é o que se dá na athresia onde tem significação fatal.

Marriott diz que na infancia a acidose é sempre grave; os vomitos cyclicos são de gravidade media.

Entre os signaes, que constituem indice de grande perigo, podemos citar:

- a somnolencia, a prostração extrema.
- as convulsões.
- a ebriedade.
- os vomitos incessantes.
- grande ammoniuria.
- uma hyperpnéa notavel.
- indice de Van Slyke a menos de 40 %.
- indice de Marriott a menos de 20 mm.
- associacão de febre com phenomenos nervosos.
- diarrhéa profusa.
- associacão de diarrhéa com baixo indice do Van Slyke.

Tratamento da acidose

1) Preventivo.

Aquí, mais do que em outro qualquer caso, vale o sabio conceito de que é mais facil prevenir do que curar.

O clinico avisado poderá muitas vezes impedir que se installe a acidose, mas só difficilmente conseguirá debellal-a quando patente. E' pois da mais alta importancia que

o medico conheça as possiveis causas da acidemia, para pensar nesta e evitá-la quando encontrar aquellas no seu caminho.

Ha molestias que, ou pela sua natureza ou pela sua marcha, apresentam o perigo da acidose, ou pela depleção liquida e alcalina que occasionam ou pela superprodução de acidos ou pela insufficiencia de eliminação destes.

Assim pois, toda a vez que o clinico defrontar taes circumstancias, deverá pôr em execução todos os meios para prevenir aquelle accidente, deverá providenciar para impedir a deshydratação organica, administrando, pela via mais adequada a cada caso, a agua necessaria para compensar as perdas occorridas; deverá manter a integridade ou, pelo menos a sufficiencia dos diversos emunctorios e evitar medicações ou dietas capazes de concorrer para accentuar a hypoalcalinidade do sangue. A administração de agua deve ser abundante, quer por ingestão, um copo por hora, por exemplo, quer injectando séros artificial ou glycosado, quer fazendo largas irrigações do colon etc.

Devem ser evitadas certas dietas excessivas em molestias prolongadas e depauperantes, como a febre typhoide, as diarrhéas de verão, as nephrites, para impedir a autolyse dos tecidos. Os alcalinos devem tambem ser dados; em muitos casos ter em conta a necessidade dos hydrocarbonados na dieta.

Si o clinico tiver bem em conta essas noções poderá interpretar convenientemente certos signaes prenunciadores de acidose e chegar a tempo de impedir que esta se realice.

II) Tratamento curativo.

1) *Evitar que aumente a acidez sanguinea.* — Com esse objectivo se deve combater por todos os meios a deshydratação dos tecidos: dar a beber em quantidade agua pura ou alcalinizada; si vomitos impedirem a ingestão de liquidos, administral-os por via rectal, por injectões subcutaneas, intravenenosas e intraperitoneas (estas ultimas são consideradas irritantes, por alguns autores).

O doente deve ficar em repouso absoluto.

2) *Neutralisar a acidez existente,* pela administração de bicarbonato de soda, citratos, saes de calcio etc. De todos esses saes, o mais empregado é o bicarbonato de soda, que tanto pode ser dado por ingestão (2 a 3 colherinhas por dia), como em clysteres (em solução a 3%) ou em injectões intravenosas (a 4%) ou subcutaneas (a 2%), sendo que, para estas ultimas, a solução não deve ser fervida.

Nas erlanças, as injectões intravenosas podem ser feitas no seio longitudinal superior ou na jugular, quando se tiver de administral-o, em casos de diarrhéas infantis, deve elle ser prescripto com subcarbonato de bismutho.

Essa medicação deve manter alcalina a urina e, para isso, ser dada dia e noite, sem grandes intervallos.

Alguns auctores têm apontado, como inconvenientes, os saes de sodio, em certos doentes, dizendo que excessos de cada podem dar logar á tetania, a convulsões e a edema etc. E' verdade que esses accidentes cessam logo que se suspende o uso de taes saes; aquelle inconveniente, aliás, pode ser evitado com administração simultanea de saes de calcio, estes tem a vantagem de tornar o bicarbonato menos irritante para o estomago e de evitar nauseas e diarrhéa.

Um outro meio de neutralisar a acidez e que deve ser sempre empregado, consiste na administração de glycose, de assucar, de cereaes, em uma palavra — de hydratos de carbono.

3) *Eliminar os acidos anormacs.* — Assegurada a possivel neutralisação, necessario se torna promover a respectiva eliminação, pois, como vimos, alguns desses acidos emquanto não são eliminados ainda prejudicam, mesmo

neutralizados. Ha pois necessidade de favorecer a efficiencia plena dos diferentes emunctorios da economia.

Quanto aos medicamentos que vão arrastar pelo rim os productos acidos indesejaveis, avançam-se os diureticos alcalinos, acompanhados de fortes doses de agua.

E' mistér, tambem, promover uma diaphorese efficaç, para pôr em acção esse vasto, immenso, emunctorio que é a pelle.

Não esquecer a boa ventilação pulmonar, a assegurar por uma perfeita aeração do quarto do doente e uma boa posição deste no leito, para maior efficiencia das forças respiratorias. O intestino deve estar desembaraçado e frequentes lavagens alcalinas podem ser feitas.

Eis ahí as linhas geraes do tratamento da acidose. Ainda, ha bem pouco tempo, Schloss dizia que, apesar do tratamento, a acidose das diarrhéas graves infantis matava em 80% dos casos; hoje, felizmente, desde que a intervenção therapeutica, mais bem orientada, se tornou precoce e energica, aquella cifra ceden muito.

Terminamos agora esta palestra, que já vae longa, chamando a attenção dos clinicos para essa complicação, que se mostra mais frequente porque mais conhecida, complicação que ceifa muitas vidas que podiam ser poupadas por uma medicação energica e precoce.

Devemos prestar toda a attenção para esse accidente, que, conturbando seriamente o equilibrio chimico organico, compromette as defezas, enfraquece a phagocytose, perturba o metabolismo, prejudica as grandes funções organicas e pode determinar a morte.

Não se trata, pois, de uma curiosidade clinica, de um estudo simplesmente interessante, mas de uma questão de mais indiscutivel valor medico, questão que diz, de perto, com a acção do clinico, que bem orientado á cabeceira de um doente, poderá dar a este a vida que fugiu...

BIBLIOGRAPHIA

- Max Kuhn. — Medical Clinics of North America, 1920.
 Billings — Practical Medical Series I, 1919.
 Guy Laroche — Exam. de laboratoire, 1919.
 Lambing — Précis de Biochimie 1919.
 J. Sailer — Med. Cl. of N. America, Nov. 1921.
 P. Sylvester — Med. Cl. America, Set. 1920.
 Monsenthal — Med. Cl. America, Set. 1919.
 G. Poggio — Riforma medica, 1921.
 Lichtwitz — Nierenkrankheiten, 1921.
 Davis — Progressive medicine, 1919.
 Flamini — Il Policlinico, 1917.
 Landis — Progressive Medicine, 1919.
 Ely — New York Medical Journal, 1919.
 Romme — Presse médicale, 1917.
 Farrar — Surgery, Gyn. and Obstetrics, 1921.
 Elias — Presse médicale, 1921.
 Ives Moranet — Thèse de Paris, 1921.
 Poggio — Presse méd., 1921.
 Jeunet — Press méd., 1918.
 Marcel Labbé — Presse médic., 1918.
 Kuhlmann — Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 1920.
 Bendix — Lehrbuch der Kinderheilkunde 1921.
 Wallace Pellini — Arch. of Internal Med., 1921.
 Straub e Meier — Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1921.
 Marcel Labbé — Bulletin de l'Académie de Med., 1920.
 Kerley — Pract. of Pediatrics, 1918.
 Williamson — American Medicine, 1916.
 L. Emge — Amer. Jour. of Obst., 1918.
 Piersol — New-York Med. Journal, 1918.
 Ebert — Lancet, 1922.

- Clarke — Nebraska State A. Med. J. 1922.
 Kirby — J. of Arkansas Med. Soc. 1922.
 Gittings — Therapeutic Gazette, 1920.
 Kelley — Medical Record and Annals, 1921.
 Guy — Lancet, 1921.
 Schloss e Stetson — Amer. J. Diseases of Children 1917.
 Weitzel — Virginia Med. Monthly, 1920.
 Walker — J. M. A. Georgia 1920.
 Nelson Loose — leaf Medicine vol III. 1920.
 Nelson Loose — leaf Medicine vol III. 1920.
 Sajous — Analytic Cyclopaedia of Pract. Med., 1920.
 N. York Med. J. Editorial 1920.
 American J. Med. Sciences — 1920.
 Presse médicale — Editorial — 1917.

Aparas medicas

Notas de pratica sobre gastro nevroses e crises gastricas

(R. Schmidt)

O fundamento da gastralgia "essencial" e da maioria das perturbações nervosas dos orgãos, está na "fraqueza irritavel" do systema nervoso.

Ter, pois, muito em vista esse factor no tratamento.

Na pathogenia das nevroses gastro-intestinaes a nicotina têm um papel importante.

A persistencia de dores apesar de dieta lactea prolongada, fala em favor de perturbação funcional.

Si dores gastricas estão ligadas a batimentos fortes da aorta abdominal pensar primeiro em perturbação funcional.

Nas gastro nevroses a sensação de sede é geralmente diminuida (oligodipsia).

E' muito frequente, nellas, a intolerancia para o café.

A "dór de fome" verdadeira é rara nas gastronevroses.

As dores logo após a refeição são mais frequentes na gastralgia "essencial" do que na ulcera.

A sensação de plenitude e de flatulencia, mais ou menos independente da qualidade e da quantidade dos alimentos, é muito frequente nas gastro-nevroses.

Muitas fórmas de vomitos nervosos desaparecem pela applicação de um irritante no fundo do conducto auditivo externo. (Menthol 1,0 — Oleo de olivas 10,0 — essencia de mostarda 3 gottas).

Pharynge, cardia, pyloro, alca sygmoide e esphincter anal são os pontos preferidos por espasmos.

Pharyngite chronica e outros estados irritativos da garganta podem ser causa de aerophagia.

Prestar attenção ás relações entre a achlorhydria e certas dermatoses, pois estas melhoram com o uso do acido chlorhydrico.

A subacidez e a anacidez gastricas constitucionaes podem não ser acompanhadas de symptoma algum.

As manifestações clinicas principaes da subacidez costumam ser: dôres semelhantes ás da ulcera ou da lithiase biliar, vomitos e diarrhea.

Crises de vomitos e diarrhea, que vêm periodicamente em accessos, devem fazer pensar em crises tabeticas.

O syndrome crise gastrica dysuria deve fazer pensar em tabes; do mesmo modo se a associacão é gastralgia cystalgia.

Crises gastricas sobrevêm muitas vezes pela manhã.

Gastralgia, diplopia, suspeita de tabes.

Vomitos logo após a defecação devem fazer suspeitar tabes.

Talqual na ulcera, pode-se achar também nos tabeticos uma hyperesthesia circumscripta na columna vertebral.

O diagnostico de uma nevrose gastrica é feito, as mais das vezes por exclusão, dahi a sua difficuldade; antes de tudo é preciso excluir ulcera e cancer.

Nunca deve o diagnostico de uma nevrose gastrica ser baseado no facto de augmentarem os soffrimentos por influencias psychicas porque o mesmo se póde dar com lesões organicas. Os erros de diagnostico mais frequentes nos individuos que tem uma nevrose gastro-intestinal são: appendicite, rim moel, ulcera gastrica, chole-lithiase. Gastralgias funcionaes pódem occasionalmente ser seguidas de ictericia catarrhal o que póde fazer suppor, erradamente, em uma chole-lithiase. Tal gastralgia, porem se encontra, geralmente, á esquerda.

O syndrome gastralgia sarcinas (no conteúdo gastrico ou nas fezes) é quasi sempre expressão de uma estenose do pyloro.

Gastralgia com achlorhydria e sem sangue occulto nas fezes faz pensar em achylia gastrica constitucional.

Gastralgia com irradiação extensa e anormal por exemplo para o pescoço e para a metade esquerda do corpo fazem suspeitar causa funcional.

O syndrome alta acidez e rapido esvaziamento do estomago falla em favor de perturbação funcional.

Cholelithiase póde coincidir com gastro-nevrose, de modo que depois da exclusão do factor organico póde subsistir o factor nervoso.

As gastralgias da ulcera são geralmente acompanhadas de constipação; as funcionaes, muitas vezes de diarrhea.

Mau halito é mais frequente nas gastro-nevroses do que nas affecções organicas do estomago.

Antes de fazer o diagnostico de uma nevrose digestiva pensar na possibilidade de parasitas intestinaes.

Soffrimentos gastricos intensos com estabilidade do peso e falta de adynamia são mais vezes funcionaes.

A. D.

Aparas cirurgicas

Intensos accessos de tosse após uma tracheotomia significam irritação mechnica da parede posterior da trachêa. Modificação no comprimento ou na curvatura da cannula são efficazes.

Nas operações radicaes de carcinoma do seio, evite-se lesões de periosteo costal.

Via de regra a multiplicidade de tumores do seio faz afastar a idéa de cancer.

Em casos de vomitos frequentes, examine-se a linha branca abdominal, pois pôde existir uma pequena hernia epigastrica.

Em casos suspeitos de appendicite ou tumor abdominal. o catheterismo, esvasia, muitas vezes, uma bexiga cheia.

A sêde, que apparece após hemorragias gastricas, combate-se, melhormente, com a ingestão d'um pouco de solução de cocaína.

Em certos casos de anemia perniciososa pôde existir um cancer do estomago.

No tratamento de bartholinite suppurada só a incisão não basta; é preciso pincelagens diarias de iodo e nas recidivas a estripação.

Em casos de extensas queimaduras cutaneas, desenvolvem-se, facilmente, ulcêras duodenaes.

A melhor therapeutica nos vomitos post-operatorios é a lavagem do estomago.

Para aclarar alguns casos de septicemia de origem obscura, examine-se a região ischio-rectal.

Pequenas hemorragias cutaneas, são uma manifestação frequente de septicemia cryptogenica.

Nas fracturas do collo humeral, deve-se procurar cuidadosamente, eventuaes lesões do plexo brachial.

Em todas operações das vias biliares não se olvidará o exame do canal hepatico.

Tuberculose e lithiase biliar, raramente se encontram no mesmo doente.

Em muitos casos de peritonite grave, apparece uma euphoria, que não se deve attribuir ao início de melhoras possiveis.

Purgativo muito forte e repetidas enteroclyses antes d'uma operação constituem uma seria predisposição para o meteorismo post-operatorio.

Em pessoas velhas, e em diabeticos, deve-se tratar cuidadosamente de callos, inflammações e feridas nos pés. Pois são muitas vezes, o origem de gangrenas.

Nas phlebites recentes nunca prescreva aparelhos elasticos. Pela pressão pode destacar-se parte do thrombo e ser acarretado pela circulação sanguinea.

Ferimentos transversaes do couro cabelludo exigem, relativamente mais pontos de sutura que os ferimentos longitudinaes.

Hemorrhagias oraes e nasaes após traumatismo craneanos, não dependem forçosamente duma fractura de base. A hemorrhagia pôde originar-se dum ferimento da bocca ou do nariz.

No começo, um tumor cerebral pôde simular uma affecção gastrica.

Quando ha surdez e cegueira progressivas, pense num tumor do cerebro, mais ainda, installando-se uma paralysisia facial.

Em casos de tumor cerebral, a punecção lombar, pôde, as vezes, determinar a morte subita.

Para a remoção d'um deposito de cerumen, pinga-se duas ou tres gottas de agua oxygenada no conducto auditivo; após um minuto, lava-se com uma solução de agua boricada ou bicarbonatada.

Em creanças, tratando-se de molestias febris obscuras, examine-se nitidamente o ouvido.

Antes de operar uma angina de Ludwig, prepare o instrumental de tracheotomia.

Na ictericia catarrhal o pulso geralmente é lento, o mesmo não se dando na ictericia por cholelithiase.

Longos intervallos entre as "caimbras no estomago" ou "dores na barriga" fazem pensar em cholelithiase.

No começo dum accesso appendicular, não raro, as dores se localisam na região umbilical.

E' de boa norma, em hernias estranguladas, não recorrer á taxis; entretanto uma unica excepção se apresenta, quando nos é dado ver o doente ainda na primeira hora.

Pyuria sem outros symptomas, faz suspeitar uma tuberculose incipiente no aparelho urinario.

Em doentes, nos quaes suspeitamos uma hernia estrangulada, cujas dores se irradiam para a face interna da coxa, não é demais pensar em uma torsão do testiculo.

Hemorrhagias post-coitum, pôdem, precocemente, denotar um careinoma do collo uterino.

Dores bracheaes persistentes, tambem são originadas por uma costella cervical.

Hemorrhagias rectaes, em creanças, dependem, as vezes, de polypos do recto.

Nunca se apresse em reseccar alças intestinaes estranguladas; numerosos são os casos em que taes alças foram revivificadas com soro artificial quente, prolongado.

A cicatrização duma fistula estercoral é encurtada por cauterisação energica.

Vomitos porraceos, pelo exame, não revelando acido lactico, pôde-se, geralmente, eliminar um cancer gastrico.