

# Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XV

SETEMBRO DE 1936

N. 9

## Publicação mensal

Directoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1936

PRESIDENTE

**MARIO TOTTA**

Prof. da Fac. de Medicina

VICE-PRESIDENTE

**FLORENCIO YGARTUA**

Doc. de Cl. Pediatria

SECRETARIO GERAL

**JOAO L. DE AZEVEDO**

Director da Enf. Octavio de Souza

1.º SECRETARIO

**HELMUTH WEINMANN**

Doc. de Histologia

2.º SECRETARIO

**LUIZ S. BARATA**

Doc. de Cl. Urologica

TESOUREIRO

**CORADINO L. DUARTE**

Assistente da Maternidade

BIBLIOTECARIO

**E. J. KANAN**

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIRECAO CIENTIFICA

**IVO CORRÊA MEYER**

Cat. de Cl. Oftalmologica

**THOMAZ MARIANTE**

Cat. de Cl. Medica

**J. MAYA FAILLACE**

Doc. e Chefe do Lab. de Higiene

SECRETARIO DA REDAÇÃO

**ADAYE FIGUEIREDO**

REDADORES

**NOGUEIRA FLORES**

**ANNES DIAS**

**R. DI PRIMIO**

**PEDRO MACIEL**

**PEREIRA FILHO**

**MARIO BERND**

**H. WALLAU**

**AMERICO VALERIO**

**ALVARO FERREIRA**

**MARTIN GOMES**

**GUERRA BLESSMANN**

**D. SOARES DE SOUZA**

**WALDEMAR CASTRO**

**RAUL MOREIRA**

**WALDEMAR JOB**

**JACY MONTEIRO**

**FLORES SOARES**

**HUGO RIBEIRO**

— 0 —

Assinaturas:

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

Séde da Redação:

Rua General Camara, 261

Endereçar ao secretario tudo o que fór relativo á Redação

Assuntos comerciais com o gerente Almanzor Alves, na séde da Redação

Caixa postal, 872

# Sumario

## Trabalhos originaes

JOSE' SARMENTO BARATA — Aspectos clinicos, radiológicos e electrocardiograficos da doenca de Bouillaud .....	Pag. 397
JACY CARNEIRO MONTEIRO — A Cirurgia em Buenos Aires .....	„ 427
SECCO EICHENBERG — A anestesia local nas apendicectomias .....	„ 437

## Conferencias

Conferencia de abertura dos cursos pelo Prof. Bullrich, da Faculdade de Medicina de Buenos Aires .....	„ 443
--	-------

## Das Revistas

JOSE' K. NARAT — Desenvolvimento da cirurgia norte-americana .....	„ 448
JOSE' K. NARAT — Novidades do mundo cirurgico norte-americano....	„ 449

## Bibliografia

Notas praticas de clinica medica .....	„ 451
--	-------

## Instituicoes medicas

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia .....	„ 452
Associação Médica Pan Americana .....	„ 454

## Sociedade de Medicina

Ata .....	„ 456
-----------	-------

# IODEFIS

PREPARADO COM IDOPEPTI-  
DIOS ABIURÉTICOS  
amplos. de 25cc., contendo 10 centigrs. de Iodo  
*Via intramuscular ou endovenosa*



O mais energico medicamento contra  
os **espasmos dolorosos** do  
pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios  
(asthma), dos ureteres, do utero, etc.

# ATROVERAN

**SEM ENTORPECENTES**

Δ base de papaverina, belladonna, meimendra e boldo  
XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.<sup>rio</sup> Gross - Rio



## Trabalhos originaes

### Aspectos clinicos, radiológicos e electrocardiográficos da doença de Bouillaud \*

por

José Sarmiento Barata

Atingido o coração na doença de Bouillaud, já pela importancia do órgão afetado, já pelo cardio-tropismo da doença, o conjunto de sintomas e sinais cardiacos, qualquer que seja o vulto sob que se exhibe, quasi que dominam completamente o quadro clinico como que sintetizando toda a doença.

E' raro que a doença faça a fórma estabilizada, e o doente, completamente curado, fica ou não com defeito anatomico, dos quais a lesão oro-valvular é o mais comum, permanecendo apenas exposto aos consequentes disturbios hemo-dinamicos.

Na maior parte das vezes a doença cronifica, evolve em silencio e se exterioriza por surtos iterativos agudós que irrompem periodicamente. As lesões de mio-endocardite, continuam em atividade, e as superficies valvulares, as facetas de Pirket, inflamadas, não raro carregadas de vegetações, facilmente se prestam ao enxerto da infecção setica: é a complicação fatal, a endocardite maligna.

Mas, realmente, com maior frequencia, como arremate de sua odisséa patológica, sobrevem a aritmia completa e a insuficiencia cardiaca.

Esta deploravel situação se deve:

1.<sup>o</sup> — ao fato de ter sido considerado o antigo reumatismo poli-articular agudo, doença aguda, quando evolve geralmente como doença cronica.

2.<sup>o</sup> — ao desconhecimento das fórmas clinicas que evolvem como uma serosite ou viscerite sem manifestações anartropaticas ou preartropaticas.

3.<sup>o</sup> — ao fato do diagnostico vir a ser feito sómente tardiamente, não raro retrospectivamente, pela verificação tardia de uma lesão oro-valvular.

A anatomia patológica nesses ultimos anos orientou o clinico de maneira muito diversa, quanto ao prognostico e tratamento. Embora esses estudos tivessem sido iniciados de longa data, pois em 1904, ASCHOFF, dentre os corações estudados com TAWARA, em 5 verificou a classica miocardite nodular, sómente após os memoraveis trabalhos de LETULLE, WEILL e BEZANÇON, sobre a miocardite nodular especifica e sua cronicidade publicados em 1926 nos "Annaes de Medicina Franceses", é que o clinico começou a perceber da necessidade de tratar estes reumaticos periodicamente tal como se faz nas doenças cronicas, por sua evolução. Como era de se esperar, inumeros trabalhos da mesma natureza foram surgindo, ao mesmo tempo que a clinica, com outra orientação melhor, apurou as manifestações morbidas do mal, mais tarde sintetizadas pela patologia, nas diferentes fórmas clinicas.

\* Trabalho lido na sessão de 5 de Dezembro de 1935 da Sociedade de Medicina por ocasião das Jornadas Médicas comemorativas do Centenário Farroupilha.



Porém a descrição da forma primitiva do reumatismo cardíaco, revolucionou de tal forma este capítulo da medicina, que a doença antes caracteristicamente articular, passou a ser quasi que exclusivamente cardíaca e a fluxão articular um simples episodio. A comprovação temos da leitura da memoravel monografia de GARRETON SILVA, sobre o reumatismo cardíaco evolutivo.

As pesquisas mais recentes de anatomia patológica, ainda nos orientam de maneira mais firme e científica; assim KLINGE, em publicação nos "Arquivos de Anatomia Patologica de Virchow de 1931", demonstra a eletividade da doença para os tecidos dependentes do mesenquima, e descreve os nodulos de ASCHOFF em variadas partes do organismo, abalando a idéia até então reinante de que no reumatismo cardíaco evolutivo, a lesão teria como localização primitiva o miocárdio, onde se acantonaria em latencia.

GRASS e EHRLICH de New York, em 70 autopsias descreveram os nodulos de ASCHOFF em diferentes partes do organismo, predominando em numero aqui ou ali de acordo com as formas clinicas.

Por conseguinte, a doença de Bouillaud sob o ponto de vista anatomo-patologico, seria a doença do tecido conjuntivo e clinicamente teria uma localização primitiva e eletiva que variaria com a forma clinica, podendo se instalar em qualquer parte do organismo. Ainda podemos ir além, e com DUQUE, URDANPILLETA e MORALES de Hespanha, explicando a influencia dos fatores constitucional e endocrínico sobre a frequência e evolução do reumatismo cardio-vascular, afirmar que os tipos astenico e hipoplastico, que indicam um estado hipoevolutivo do sistema mesenquimal, são os mais sujeitos ao reumatismo cardio-articular.

Orientado o clinico por estas noções realmente valiosas, a situação do paciente com a doença de BOUILLAUD já se modificara completamente, quando entram em cena a electrocardiografia e a radiologia, permitindo não só um diagnostico mais precoce, como apontando a doença em casos nos quais a escassez ou diversidade de sintomas ou sinais, não permitiam a previsão diagnostica, e esclarecendo a natureza de algumas dessas lesões e o grau de atividade delas.

Clinicamente é muito difficil dizer com absoluta certeza do predominio das lesões, si no pericárdio, miocárdio ou endocárdio, aumentando cada vez mais a crenga de que o ataque simultaneo a estas partes, em grau maior ou menor, seja de regra, constituindo a pancardite de DUCROZIEZ ou cardite de PICHON.

Afóra nos casos de lesão oro-valvular e consequentes disturbios hemo-dinamicos, com ou sem sintomatologia clinica da doença de BOUILLAUD, a radiologia e a electrocardiografia merecem atenção pelos servicos que prestam particularmente nas tres categorias seguintes:

*1.ª categoria* — casos com apenas sinais clinicos que traduzem estado meoprágico da fibra cardíaca: dilatação do coração, bulhas fracas, galope, taquicardia simples, ritmo pendular, hipotensão, dispnêia, oliguria, grande figado e estado sincopal, constituindo o quadro clinico do miocardismo da doença infecciosa.



Eis uma situação absolutamente embaraçosa para um diagnóstico etiológico. Dous exemplos vos farão compreendê-la:

O 1.<sup>o</sup> desses casos que observamos, era tratado como tífico, apesar da hemocultura e sôro-aglutinação para os germes desse grupo serem negativas e a contagem de globulos brancos ter atingido a 16.000 por  $\text{mm}^2$ . No dia da conferencia conseguimos demonstrar a participação discreta das articulações e o grande aumento da area cardiaca confirmado pela radiologia.

Dois dias depois morria aos progressos da insuficiencia cardiaca.

O 2.<sup>o</sup> caso, ha poucos meses, baixou á enf. Manoel Py, com o quadro clinico de uma infecção, grande dispnêia e grande aumento da area cardiaca. As manifestações artropaticas eram discretas. Cansado o medico que o atendia, sómente ao cabo de quasi um mez de medicação empirica, aconselha o internamento.

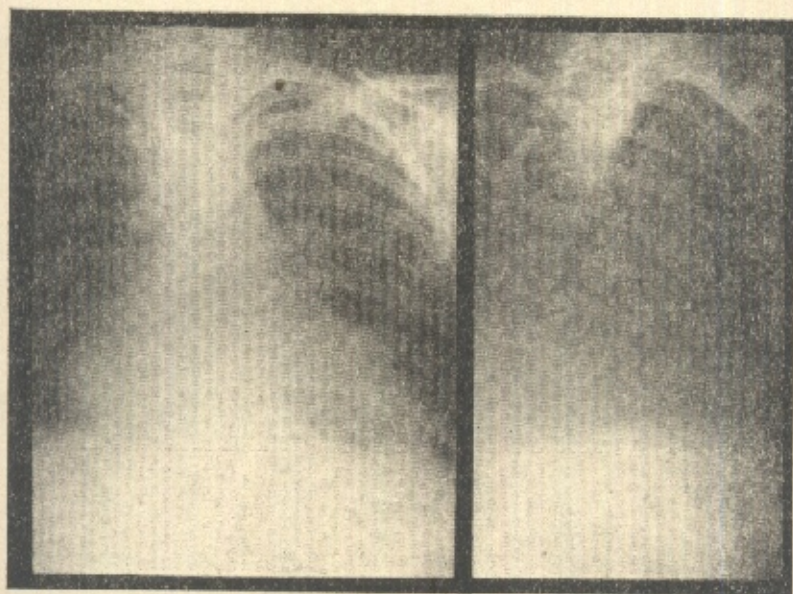


Fig. n.º 1

Pelo exame radiologico (fig. n.º 1), verifica-se um grande aumento da area cardiaca e sinais de acentuada estase da pequena circulação. O eletrocardiograma revela uma preponderancia ventriculr e atipia de T nas tres derivações, consistindo no achatamento em 1.<sup>a</sup> derivação e baixo potencial em 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup>. O flebograma regista uma onda a de amplitude exagerada. Figs. 2 e 2 A.



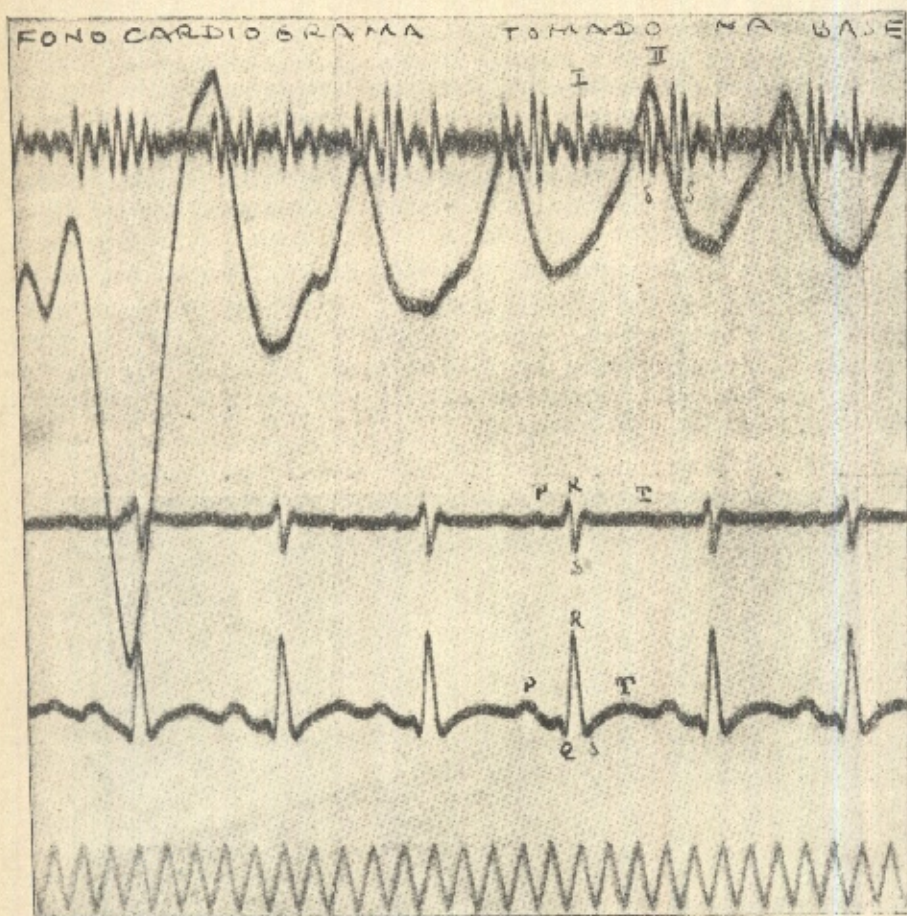


Fig. n.º 2

Dois autores argentinos, BERTRAND e ABDALA, descreveram pela "Prensa Medica Argentina" de Maio de 1935, casos dessa natureza e chamam a atenção para o valor que merece a verificação do aumento da area cardiaca no diagnostico. Eu vos posso afirmar que em nenhuma doença infecciosa o verifiquei tão acentuado e tão precoce.

### 2.ª categoria — ARITMIA.

Em segundo lugar vos quero falar dos casos nos quais predominam as perturbações de ritmo, sendo que a maior parte sómente pôdem ser bem caracterizadas, pela eletrocardiografia e roentgenquimografia e não raras vezes unico o eletrocardiograma revela a natureza e séde da doença.



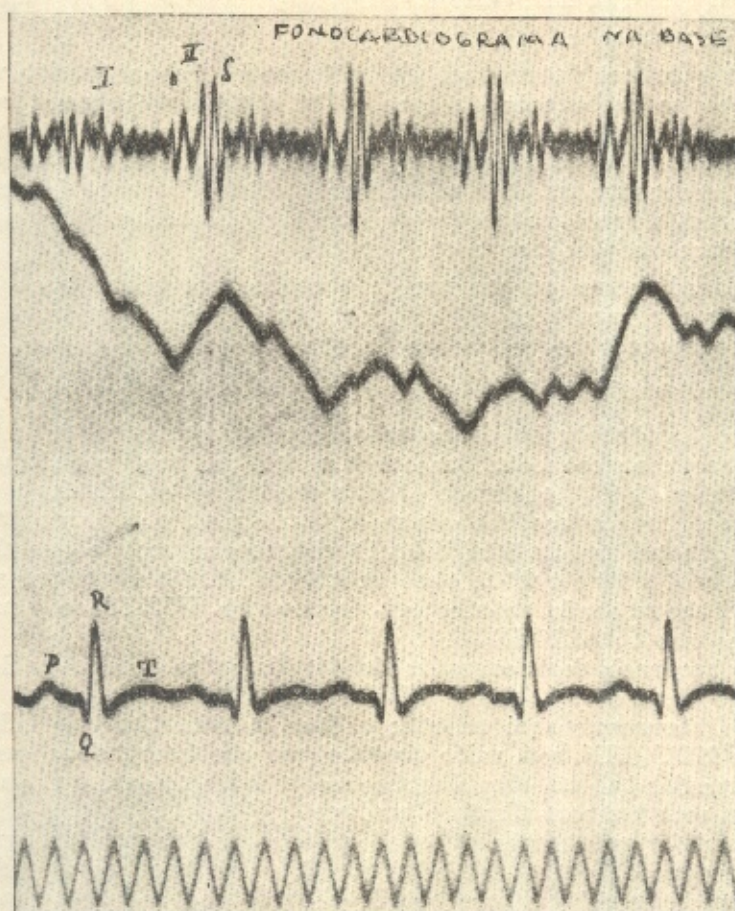


Fig. n. 2 a

A) INIBIÇÃO.

a) Bradicardia.

De longa data tem sido descrita a bradicardia no decurso das doenças infecciosas, traduzindo certo grau de hipertonia vagal, e com um eletrocardiograma normal, á parte o alongamento do grande silencio ou TP. E' uma bradicardia sinusal.

CLERC e VIALARD verificaram-na em 38% de seus observados.

LIAN e CALCENA descreveram em 42% 42 a 60 pulsações e em todos os periodos da doença, ora aparecendo ou desaparecendo com o sur-



to agudo, ora com uma duração prolongada, persistindo até o aparecimento de nova crise.

Estes autores descreveram aqui o fenomeno do escapamento ventricular, que se produz toda vez que a pausa auricular se torna superior a 92/100 de segundo. A ausencia de incitação auricular põe em atividade o poder de automaticidade ventricular, de fórma que temos um eletrograma auricular para dois ventriculares. Este disturbio electrocardiografico tem persistido até a defervescencia e desapareceu com a medicação intravenosa pela atropina.

Nós verificamos em um caso de reumatismo uma bradicardia de 43 pulsações por minuto, que cedeu rapidamente com a medicação pela atropina per os.

b) Bloqueio simples.

No bloqueio simples ha retardamento na passagem do estimulo oriundo do complexo nodal cavo-auricular, que se traduz por alongamento do intervalo PQ, que mede a condução auriculo-ventricular e trans-auricular. Este espaço PQ, que normalmente mede no maximo 0"18 de segundo, na doença de BOUILLAUD não raro ultrapassa este algarismo, chega a 0"30 e a 0"45, como no caso de LIAN, superpõe-se ao acidente T da revolução anterior como no caso de WHITE ou o precede como no caso de AUBERTIN.

A frequencia dessa anomalia electrocardiografica no decurso do reumatismo chega a 92%, segundo REID KENWAY.

E' interessante aqui recordar o caso do reumatismo de GERAUDEL e MOUQUIN, com ruido diastolico por eles interpretado como sistole auricular audivel, com alongamento de PQ e no qual o ruido desapareceu uma vez normalizada a condução.

Donde se conclue que passado o surto agudo, o tempo de condução se normaliza; entretanto LIAN e COHEN citam um numero regular de casos nos quais o disturbio de condução permaneceu por longo tempo.

BEZANÇON e WEIL publicaram um caso no qual 8 anos após o primeiro surto reumatismal como evolução sub-aguda ainda o disturbio de condução se patenteava.

Nós temos verificado a permanencia do disturbio de condução por longo espaço de tempo como poderão ver nas seguintes observações:

M. J. G. registo 750 AC, com 6 anos de idade, vai ao consultório depois de seu terceiro surto de reumatismo, após intenso tratamento pelo salicilato de sodio e um mez após a defervescência.

Pelo exame do aparelho circulatorio verificamos sinais de lesão de estenose e insuficiencia mitral compensada.

O exame radiológico revelou aumento das cavidades auriculares e ventriculares. Aumento total uniforme da area cardiaca como poderão ver na Fig. 3.



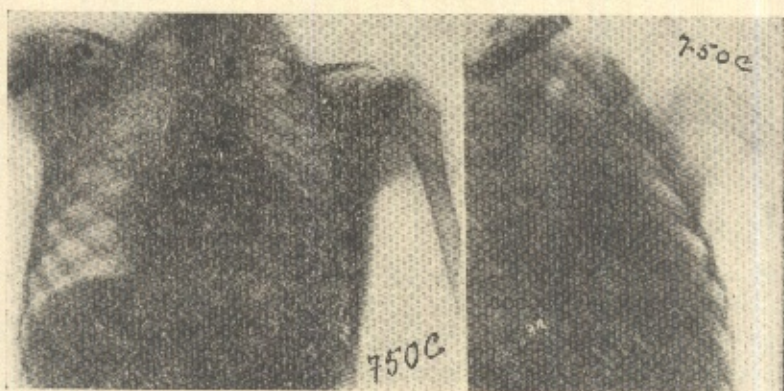
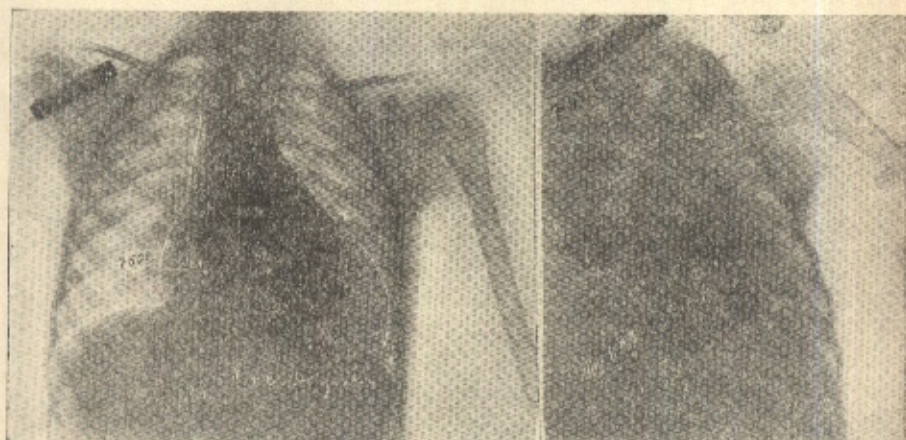


Fig. n.º 3



No traçado letrocardiografico tomado nas tres derivações, notamos: Figs. 4 e 4 A.

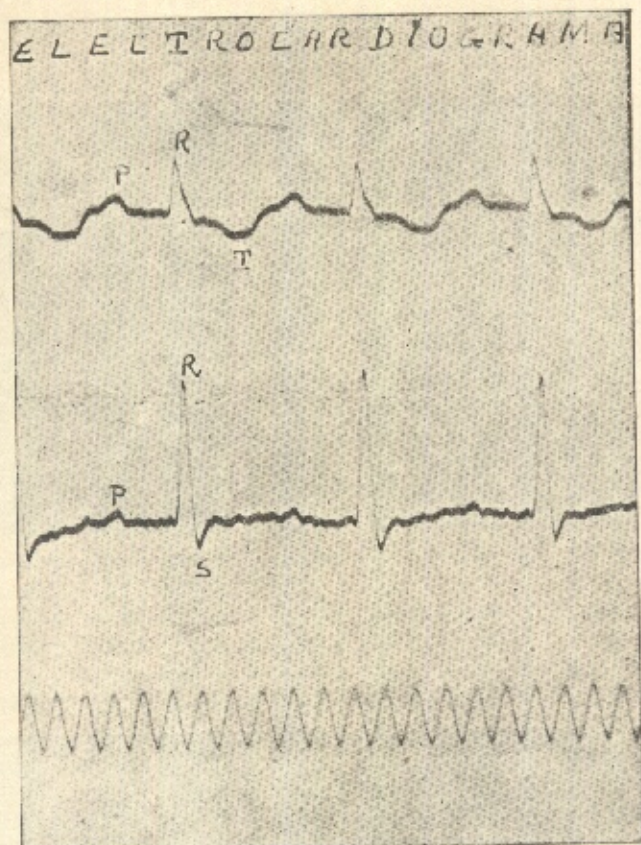


Fig. n.º 4

1.ª derivação:

Eletrograma auricular: Onda P positiva e ampla. Intervalo PQ = 0"25.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Ramo descendente de R espessado e com tendencia a colchete.

Onda T ampla, negativa e com o intervalo ST situado abaixo da linha iso-eletrica.

2.ª derivação:

Eletrograma auricular: Onda P positiva e com uma amplitude de 0"08. Intervalo PQ = 0"25.

Eletrograma ventricular: flecha principal R, de alto potencial. QRST = 0"31. Constante sistolo-diastolica:



$$D = 0^{\circ}24 \quad C = 0^{\circ}57$$

$$K = \frac{D}{C} \frac{1}{(C + 41)} \quad , \text{ donde } K = 0,0040$$

Normal: 0,0040 a 0,0049

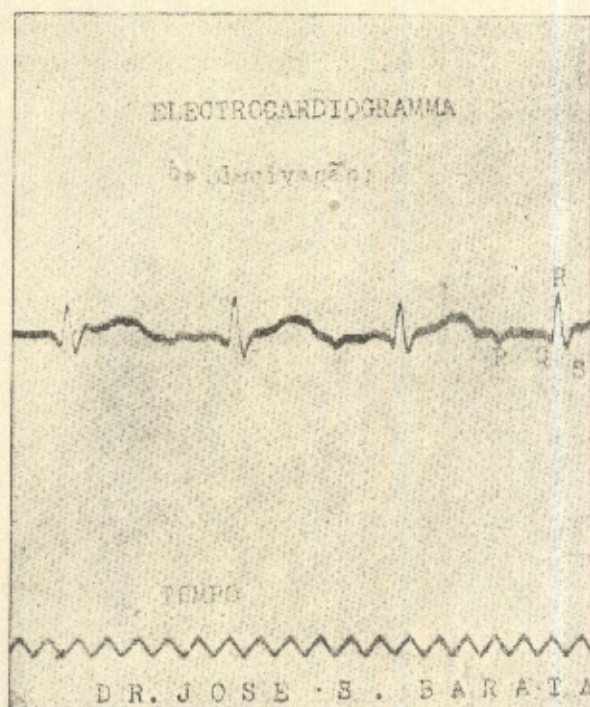


Fig. n.º 4a

3.ª derivação:

Eletrograma auricular: Onda P pequena e positiva.

Eletrograma ventricular: flecha principal R, com a ponta romba. Onda Q profunda. Onda T ampla e positiva.

CONCLUSÃO:

Taqui-aritmia.

Retardamento na condução auriculo-ventricular. Atipia ventricular, consistindo no espessamento do ramo descendente de R, inversão de T em 1.ª derivação, achatamento em 2.ª. Rombudez da ponta em 3.ª derivação e acentuação de Q em 3.ª derivação.

J. M. W. com 13 anos de idade, ha 4 mezes foi acometido, segundo informação do medico assistente, de um ataque de reumatismo poliarti-



cular agudo com manifestações clínicas para o lado do coração: abafamento das bulhas, taquicardia, sopro mitral sistólico, dispnéia, fígado grande e edemas dos membros inferiores.

Após tratamento classico, intenso e demorado, se refaz e vem ao consultório. Encontramos um desdobramento da 2.<sup>a</sup> bulha na base e um sopro sistólico com irradiação axilar. Temperatura, á tarde, de 37°. Amígdalas séticas.

O exame radiológico pelo processo de Vaquez e Bordet revelou:  
Figs. 5 e 6.

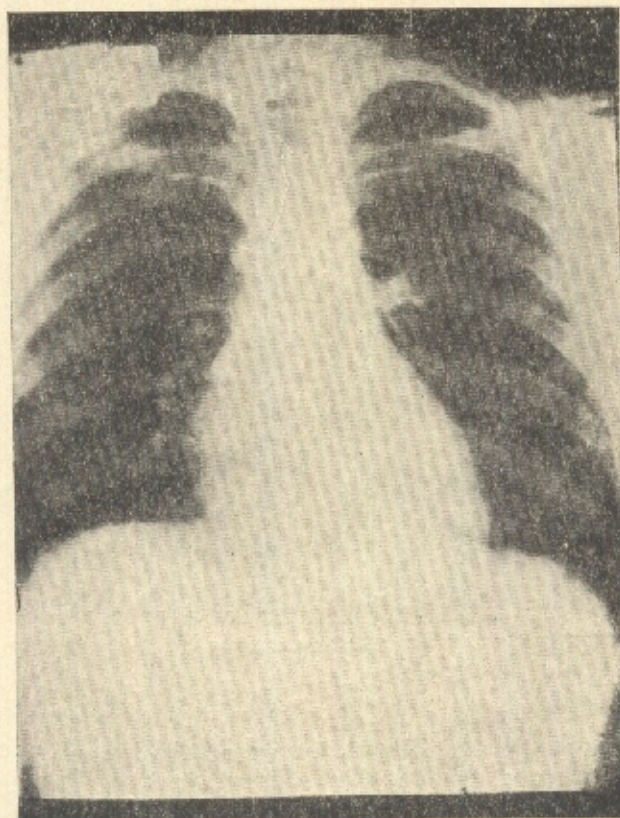


Fig. n.º 5

*Coração:*

Coração do tipo oblíquo.

Dinâmica cardíaco-vascular normal.

O exame nas incidências oblíquas revela aumento da cavidade auricular esquerda.

Diametros cardíacos dentro das medias normais.



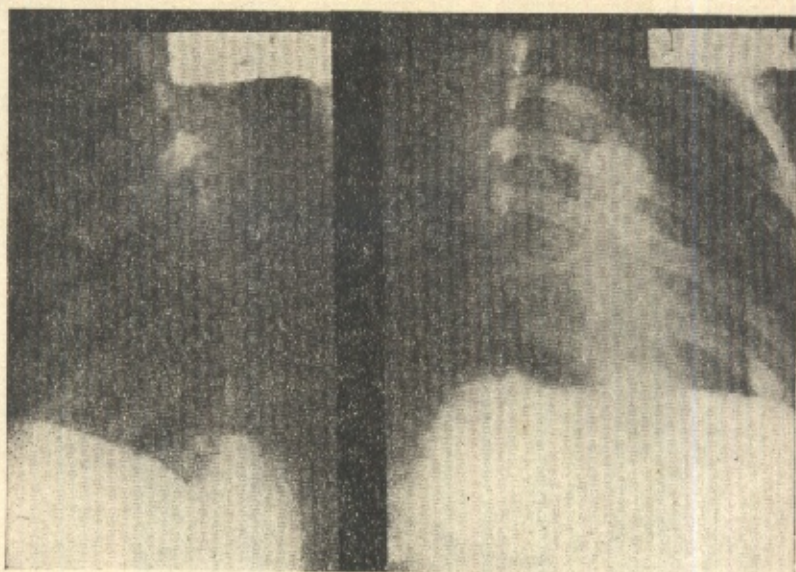


Fig. n.º 6

*Vasos da base:*

Aorta de opacidade exagerada e alongada.  
 Arteria pulmonar faz relevo ao nível do arco medio.  
 Pelo processo de Abreu: (figura 6)

## Médias normais

D L M	—	12,1 cms	—	12,4 cms
D T M	—	9 cms	—	9,9 cms
D A	—	8,9 cms	—	9,8 a 9,1 cms
D V	—	7,9 cms	—	8,3 a 7,7 cms
D L M	=	1,2		
D T M				

Angulo axial = 170º.

Coração de fôrma ovoide, de tipo muito curto.

Coração radiologicamente normal.

No exame roentgenquimográfico nos utilizamos de um tipo de quimografo por nós idealizado a que chamamos quimografo de grelha circular. Difere dos utilizados até então no que diz respeito á orientação das fendas da grelha. (Fig. 7.)

Os diferentes tipos de quimografo até então em uso tem as fendas da grelha orientadas no sentido horizontal.

Ora, registando o quimografo sob a forma de ondas o movimento dos contornos cardiacos e sendo estes movimentos de retração e expan-



são concentrica e excentrica seria mais razoavel que nos utilisassemos de uma grelha cujas fendas tivessem uma orientação mais de acordo com a dinamica do orgão.

Eis porque construimos o nosso quimografo com uma grelha com as fendas irradiando de um centro que vae corresponder ao centro do coração.

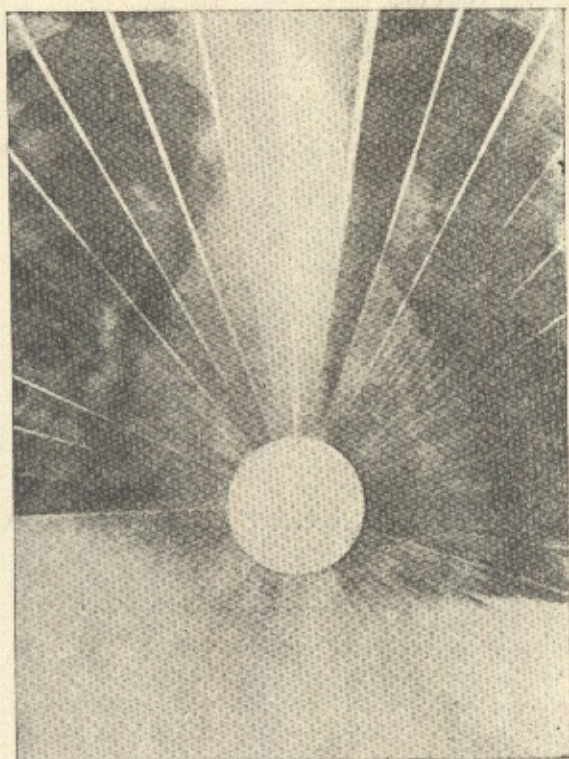


Fig. n.º 7

Ora fazemos girar a grelha, para a quimografia plana, ora o film na quimografia linear, assunto este, que reservo para uma monografia que publico dentro em breve.

Pelo quimograma que vos mostro podereis delimitar distintamente as diferentes cavidades cardiacas.



O electrocardiograma revelou: Fig. 8.

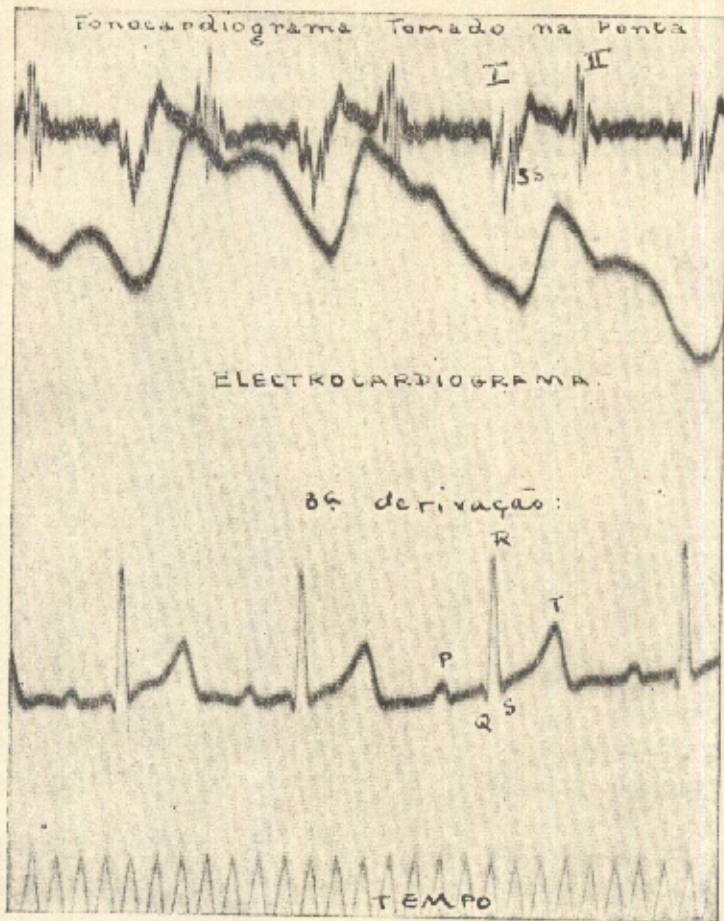


Fig. n.º 8

*Fonocardiograma.*

Fonocardiograma B tomado na base: desdobramento segunda bulha.  
Fonocardiograma P tomado na ponta: arrastamento da primeira bulha.

*Arteriograma carotidiano.* Morfologicamente normal. Guarda as relações cronologicas com o electrocardiograma.

*Electrocardiograma.* Complexos auriculares e ventriculares seguem-se com intervalos regulares e iguais com um ritmo de 86 por minuto.

Oexame dos complexos tomados isoladamente nas diversas derivações revela:



1.<sup>a</sup> derivação:

electrograma auricular — onda P positiva e de amplitude normal;  
electrograma ventricular — de aspéto morfológico normal. Profun-  
didade de S igual ao potencia lde R. Onda T positiva e ampla.

2.<sup>a</sup> derivação:

electrograma auricular — onda P positiva e com uma amplitude  
correspondendo a 0<sup>''</sup>09.

Intervalo PQ = 0<sup>''</sup>19:

electrograma ventricular — morfológicamente típico e com uma du-  
ração de 0<sup>''</sup>35. QRS = 0<sup>''</sup>06.

Espaço ST normal. Onda T positiva e de potencial exagerado.

3.<sup>a</sup> derivação:

electrograma auricular — onda P positiva e amplitude normal;

electrograma ventricular — flecha principal R.

Onda Q bem pronunciada. Onda T positiva e ampla.

## Conclusão:

Ritmo sinusal de 86.

Bôa condutibilidade.

O exagerado potencial de T se verifica nos casos de preponderan-  
cia vagal.

Não ha atipia ventricular.

Não ha sinais electrocardiograficos de preponderancia ventricular.

Aconselhei ao paciente curas periódicas pelo salicilato de sodio e re-  
moção dos fôcos séticos.

Sómente 8 mezes após esta consulta, nos volta o paciente, que foi  
examinado por outros colegas após o tratamento que aconselhamos.

Estes tranquilizaram a familia e reputaram exagerados nossos con-  
selhos.

Subjetivamente nada revela nosso observado.

O exame revelou apenas desdobramento da 2.<sup>a</sup> bulha na base e ar-  
rastamento da 1.<sup>a</sup> na ponta.

O electrocardiograma regista um disturbio de condução auriculo-  
ventricular como podereis ver: (Fig. 9)



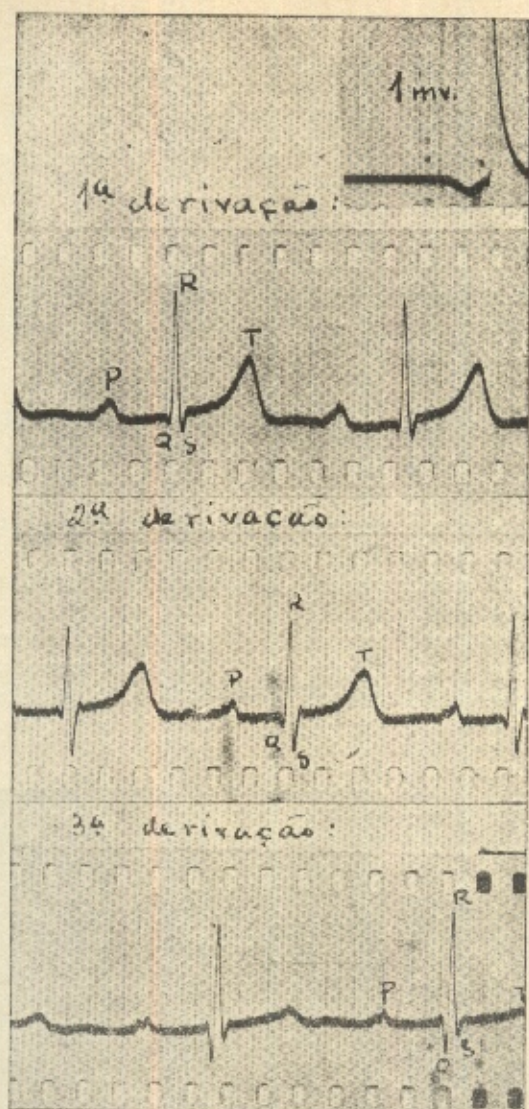


Fig. n.º 9

Complexos auriculares e ventriculares seguem-se com intervalos regulares e iguais.

O exame dos complexos tomados isoladamente em cada derivação revela:

1.ª derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva e de boa amplitude.

Eletrograma ventricular — flecha principal R de alto potencial. Onda T positiva e de grande amplitude. Onda S grande.



2.<sup>a</sup> derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva e de amplitude correspondente a 0"08.

Espaço PQ = 0"28.

Eletrograma ventricular — flecha principal R de alto potencial. QT = 0"05. Onda T positiva e ampla.

3.<sup>a</sup> derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva e bifida.

Eletrograma ventricular — flecha principal R. Onda Q profunda. Onda T positiva e pequena.

*Conclusão:*

Ritmo sinusal.

Bloqueio simples.

Segundo Pardee a exagerada profundidade de Q em 3.<sup>a</sup> derivação traduz sobrecarga funcional do ventrículo esquerdo.

O. A., com 29 anos, procura o consultório para tratar-se de perturbações gastro-intestinais.

O exame clínico verifica uma doença mitral, e a anamnese colhe dados que permitem concluir pela possibilidade de uma forma frusta de reumatismo no passado. Subjetivamente acusa de quando em vez algumas palpitações.

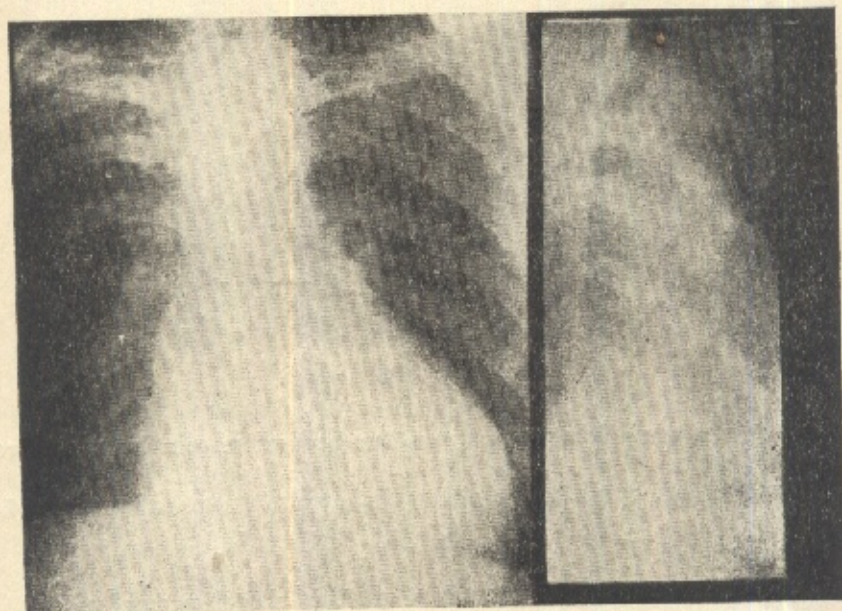


Fig. n.º 10



O exame radiológico (fig. n.º 10) revela um aumento total uniforme da área cardíaca. Aurículas e ventrículos se acham dilatados e hipertrofiados como acontece no 7.º complexo de Abreu, que se verifica nos casos em que ha certa equivalencia entre as lesões de estenose e insuficiencia.

Pelo exame eletrocardiografico verificamos: (Figs. 11 e 11 A)

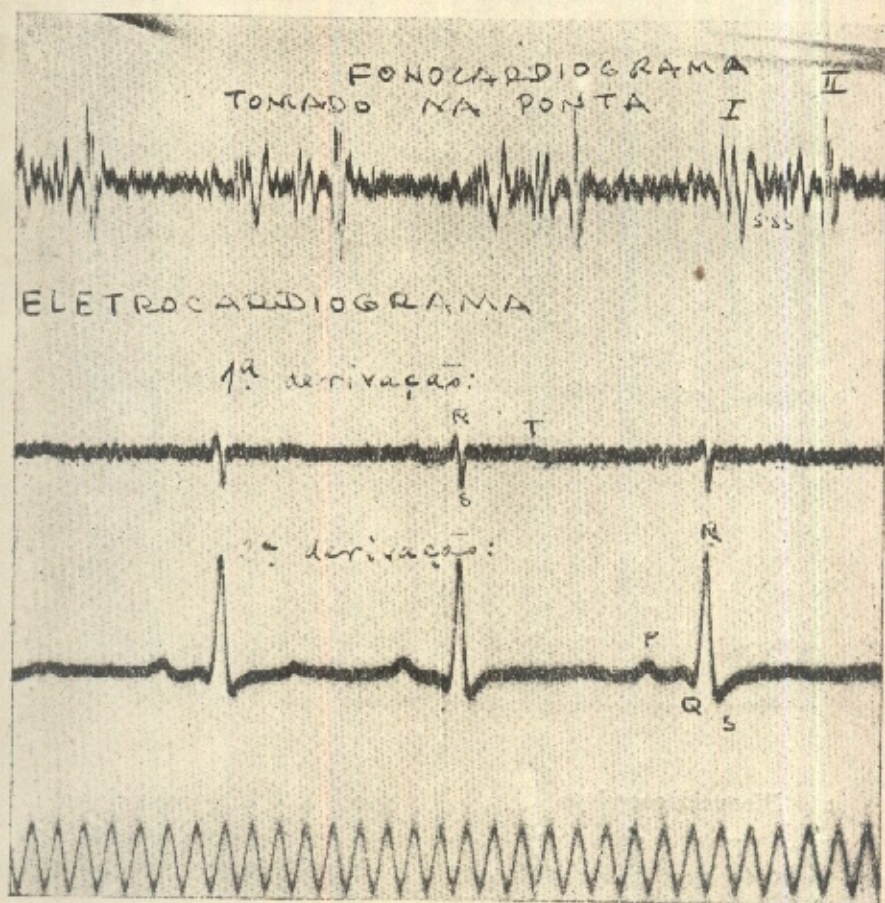


Fig. n.º 11

Ritmo sinusal de 86 por minuto.

Preponderancia ventricular direita.

Tempo de condução PQ = 0.21.

Achatamento de T em 1.ª e 2.ª derivações, com inversão em 3.ª. O fonocardiograma tomado no fóco de ausculta da pulmonar evidencia o desdobramento da 2.ª bulha, e no fóco mitral o duplo sopro e o desdobramento da 1.ª bulha.



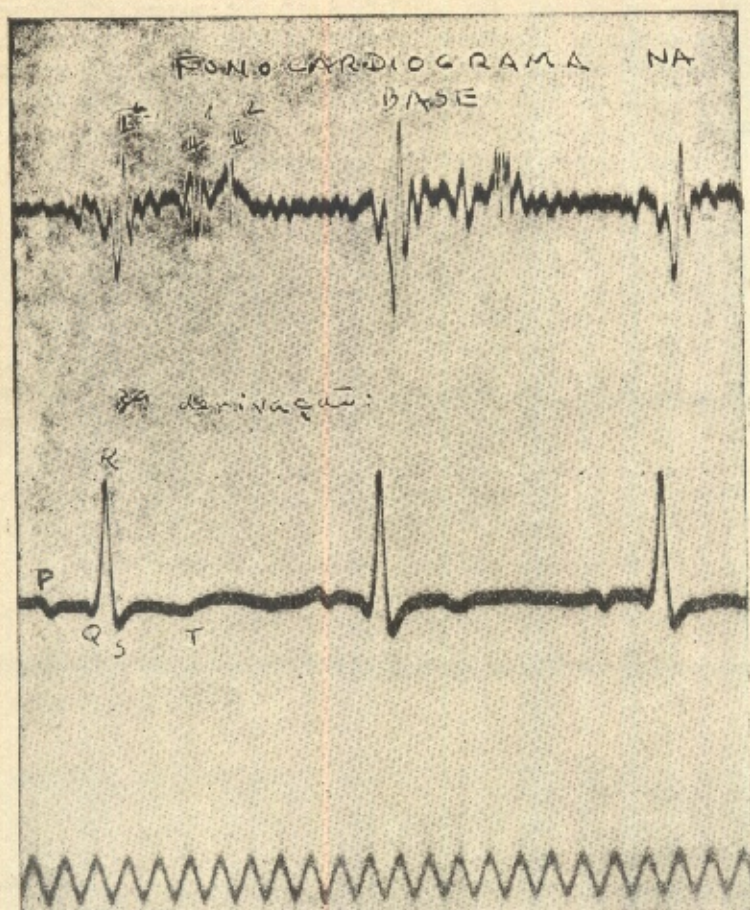


Fig. n. 11 a

## c) Bloqueio completo.

Para LEVY e TURNER nenhum outro estado morbido se acompanha de distúrbios de condução com a frequência da febre reumática. Em 27% de seus reumáticos encontrou distúrbios de condução.

Não raras vezes única esta anomalia eletrocardiográfica tem permitido a identificação da doença na ausência de manifestações clínicas articulares e cardíacas. Assim, no caso de WHITE, a verificação da dissociação precedeu de 4 dias a aparição dos acidentes reumáticos.

Este distúrbio de ritmo às vezes é acompanhado de taquicardia e acontece desaparecer quando sobrevem a bradicardia da convalescência.

São conhecidos os casos de CLERC, LEVY e VIALARD, cuja dissociação foi transitória, os de CASTEX, RAMIREZ e REPETTO, nos quais o bloqueio completo desapareceu após o tratamento salicilado e numerosos outros.



Em 14 de Março de 1932, vou atender N. C., com 32 anos, que fazia o 2.º surto de reumatismo poliarticular agudo. O 1.º surto se dera ha 8 anos passados e deixara como reliquat uma dupla lesão da mitral. Instituido o tratamento salicilado por via intravenosa, ao cabo de tres dias o doente entrou em defervescencia. No quinto dia queixou-se de estado vertiginoso e é tomado o primeiro electrocardiograma, que revelou: Figs. 12 e 12 A.

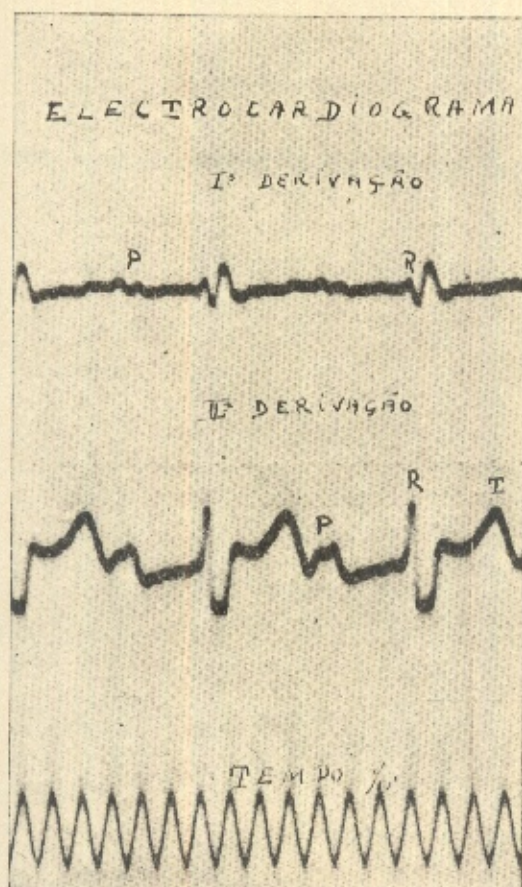


Fig. n.º 12

Ritmo sinusal regular de 84 por minuto.

1.ª derivação:

Electrograma auricular: onda P positiva e quasi desdobrada.

Electrograma ventricular: em W. Onda T negativa e achatada.

2.ª derivação:

Electrograma auricular: onda P positiva, bifida e com uma duração de 0"12: Intervalo PQ — 0"32.



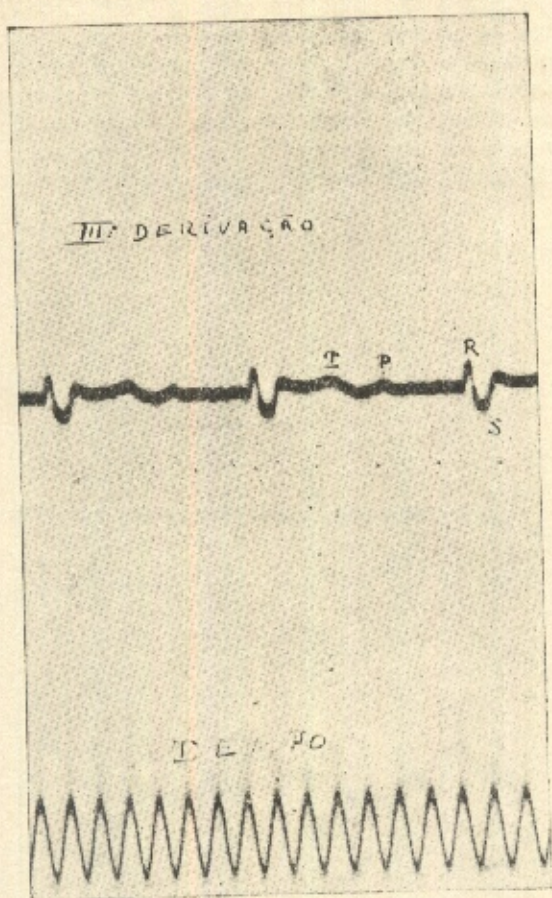


Fig. n. 12 a

Electrograma ventricular: flecha principal R. QRS = 0"09.  
Onda T positiva e ampla.

3.ª derivação:

Electrograma auricular: onda P positiva.

Electrograma ventricular: flecha principal R. Onda T positiva.

Constante sisto-diastolica: S = 0"36. D = 0"32. C = 0"70.  
K = 0,0040.

O tratamento salicilado foi mantido alternativamente por via oral e intravenosa até 10 de Abril. Dia 15 tomamos novo electrocardiograma e observamos diminuição do numero de batimentos — 78, e do intervalo PQ, que passou a 0"28. Figs. 13 e 13 A.



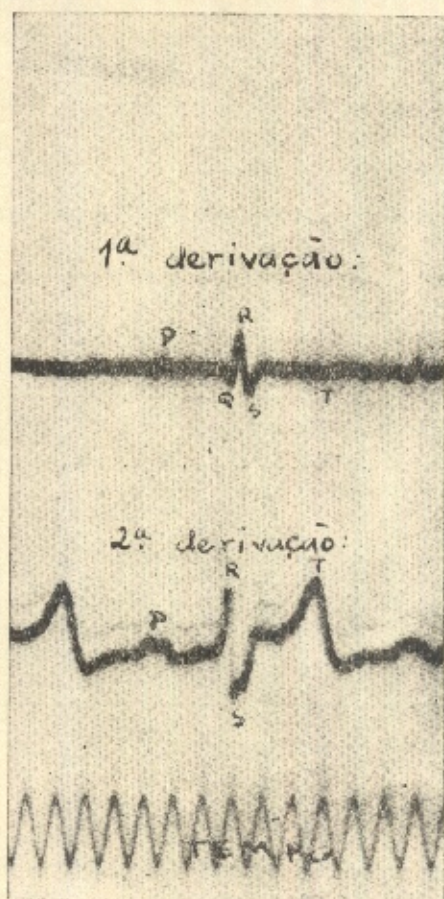


Fig. n.º 13

Ainda merece atenção a correção morfológica de QRS em 1.ª derivação e a maior amplitude de T em segunda derivação.

Constante sistolo-diastólica: C = 0"84. D = 0"45. K = 0,0040.

Apesar do ótimo estado geral do nosso doente e do intenso tratamento salicílico, persiste o distúrbio de condução e a atipia ventricular.



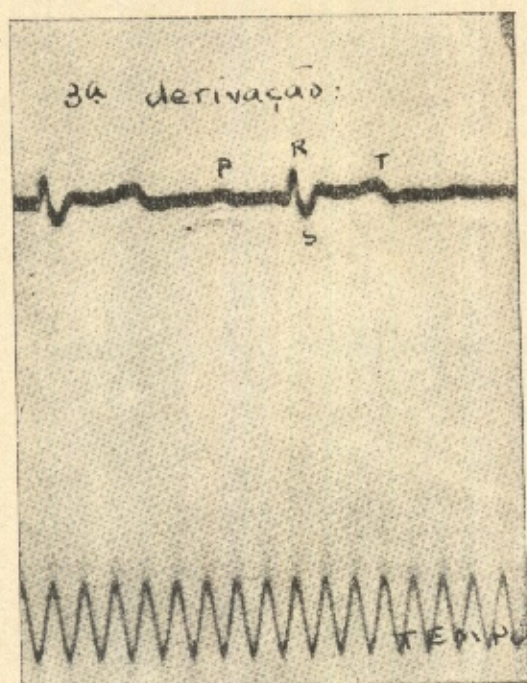


Fig. n.º 13 A

Ha poucos dias voltou ao consultorio. Após o ultimo eletrocardiograma, tomado em 32, diz nada ter sentido. Ultimamente sobrevieram fortes vertigens, e o eletrocardiograma revelou absoluta independencia dos eletrogramas auriculares e ventriculares, por conseguinte bloqueio completo com ritmo de 2 para 1. Figs. 14 e 14 A.



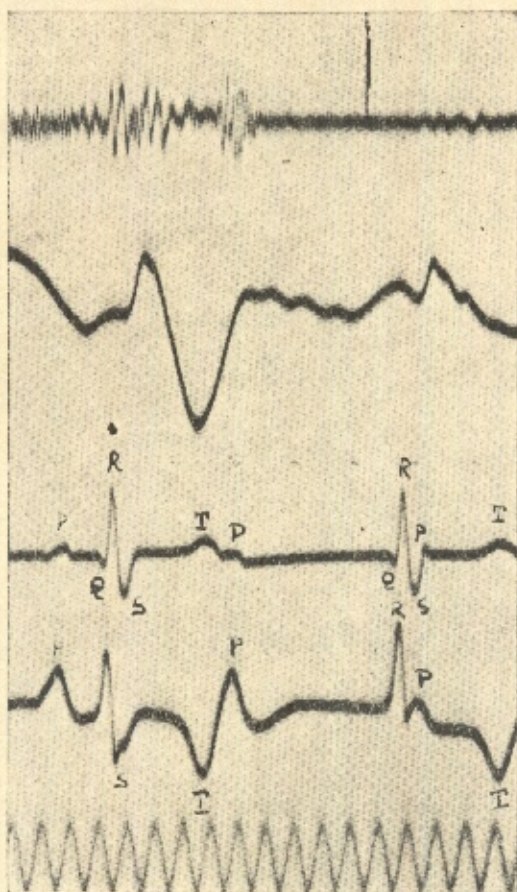


Fig. n.º 14

## B) HIPEREXCITABILIDADE

### a) Taquicardia

No decurso do surto agudo, a taquicardia ou depende da hiperpirexia, é normotópe e o electrocardiograma é normal, com sómente encurtamento do pequeno silêncio; ou pode estar ligada a uma alteração do miocárdio, ser sinusal e coincidir com alterações dos complexos ventriculares.

AUBERTIN descreveu um caso de verdadeiros acessos de taquicardia, aparecendo inopinadamente no decurso de um surto reumático, com os caracteres clinicos da taquicardia heterotópe e no qual o traçado electrico demonstrou a natureza sinusal.



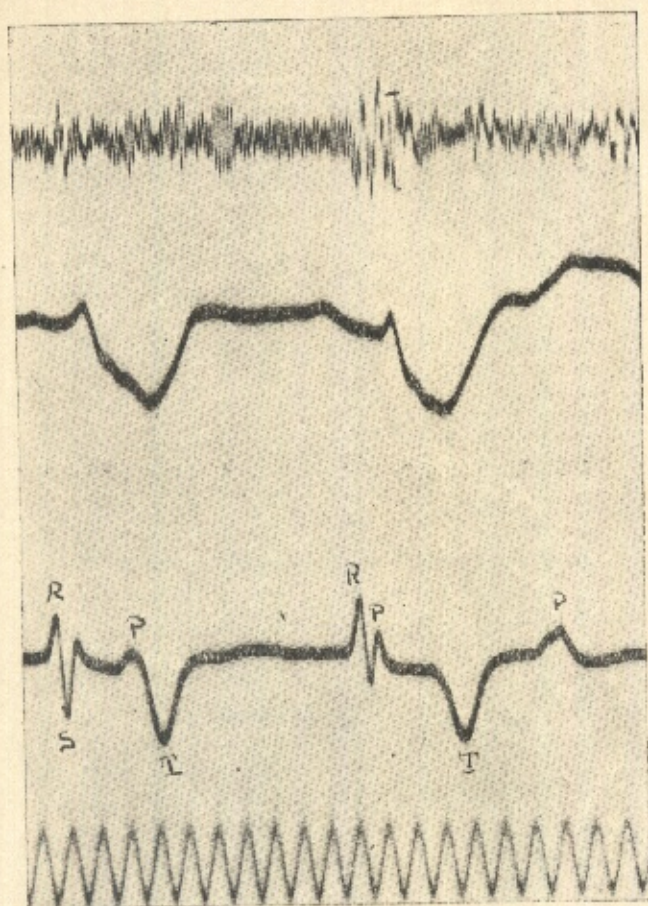


Fig. n.º 14 A

GALLAVARDIN cita nos "Archives des Maladies du Coeur", de 1933, um caso de verdadeira taquicardia paroxística:

SHOOKHOFF, LITVAK e MATUSOFF descreveram no "American Journal of Dis. Of Children", de Janeiro de 1932, um caso de taquicardia paroxística por flutter auricular paroxístico com ritmo de 1/1 no qual este acesso de taquicardia constituiu o primeiro sinal de severo ataque de reumatismo poliarticular agudo.

É interessante notar-se a raridade da modalidade nodal, mesmo negada por VIALLARD, em oposição á frequência da variedade supra-nodal ou infra-nodal.

Nesses casos, como nos citados por ESMEIN, PESÚ, DONZELOT e VIALLARD, ha um verdadeiro encurtamento do espaço que separa a contração auricular da ventricular, e daí os ritmos taquicardíacos supra-



nodal, juxta-nodal ou infra-nodal, o que traduziriam um processo de miocardite auricular.

Tivemos a oportunidade de observar um caso no qual, suprimida a excitação sinusal, o ritmo passou a ser mantido por excitações oriundas da parte superior do nó TAWARA, do centro de ZAHN, realizando o ritmo supranodal ou auricular inferior.

Geiva N., com 21 anos de idade, vai á consulta com forte dispnéia. Este sofrimento data de tenra idade, mas se tem intensificado ulti-

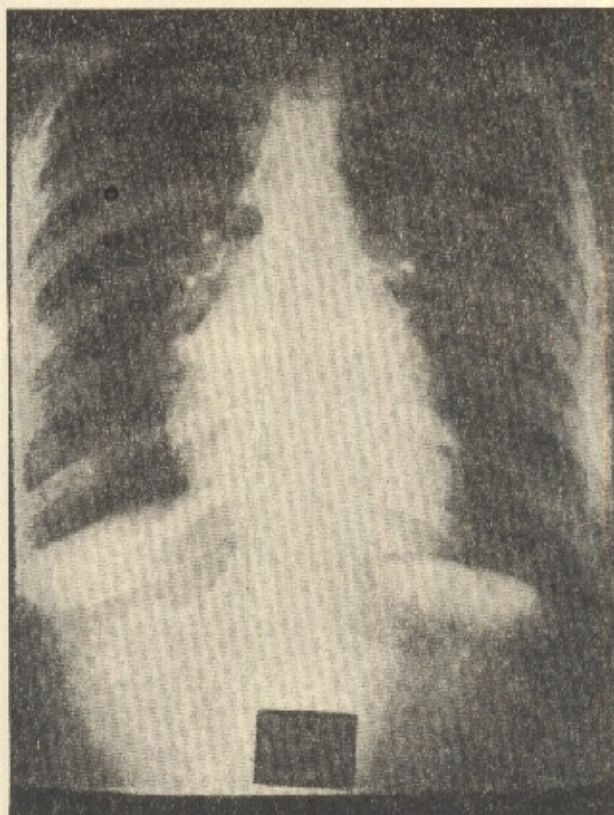


Fig. n.º 15

mamente, obrigando-a a abandonar a profissão de caixa. A historia não regista o classico reumatismo poliarticular agudo, mas de quando em vez a nossa doente é acometida de dores reumaticas.

O exame clinico e radiológico concluem pela dupla lesão da mitral de insuficiencia e estenose, como se poderá ver nas radiografias tomadas em diversas incidencias e no quimograma. Figs. 15, 16 e 17.





Fig. n.º 16

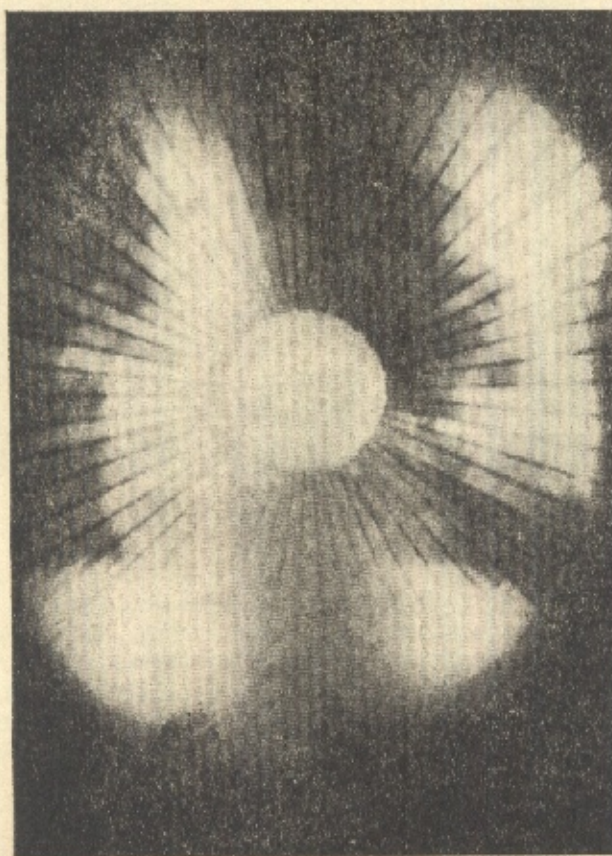


Fig. n.º 17



O 1.<sup>o</sup> traçado eletrocardiografico tomado nessa ocasião regista:  
1.<sup>a</sup> derivação: complexos de baixo potencial. Figs. 18 e 18 A.

Eletrograma auricular: onda P quasi imperceptivel.

Eletrograma ventricular: de caracterização difficil, mas com o formato de W. Onda T positiva.

2.<sup>a</sup> derivação:

Eletrograma auricular: onda P negativa e com uma duração de 0"09. Intervalo PQ = 0"14.

Eletrograma ventricular: morfologicamente tipico.

QRS = 0"06. Onda T ampla e positiva. Constante sistodiastolica: K = 0,0040 D = 0"50 C = 0"90.

3.<sup>a</sup> derivação:

Eletrograma auricular: onda P negativa, ampla e bifida.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Onda T positiva.

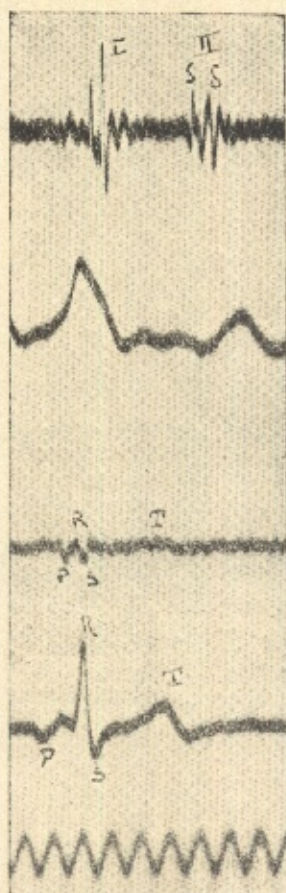


Fig. n.º 18



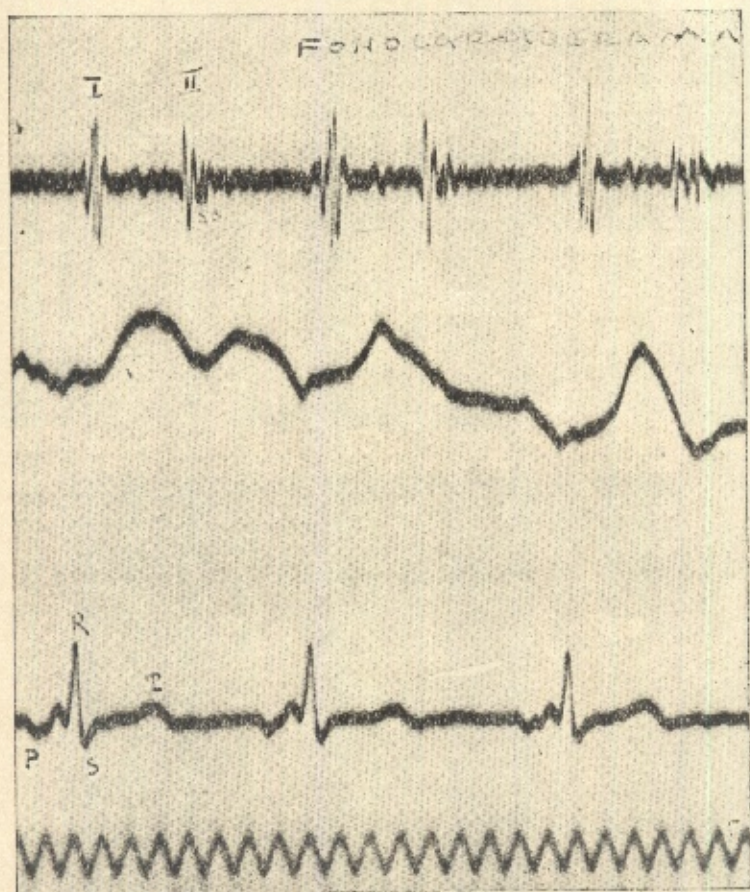


Fig. n.º 18 A



A paciente fez medicação por diferentes tónicos cardíacos e medicação intensa pelo salicilato de sódio.

Tomado o 2.º electrocardiograma, observamos as interessantes modificações seguintes: (Fig. 19)

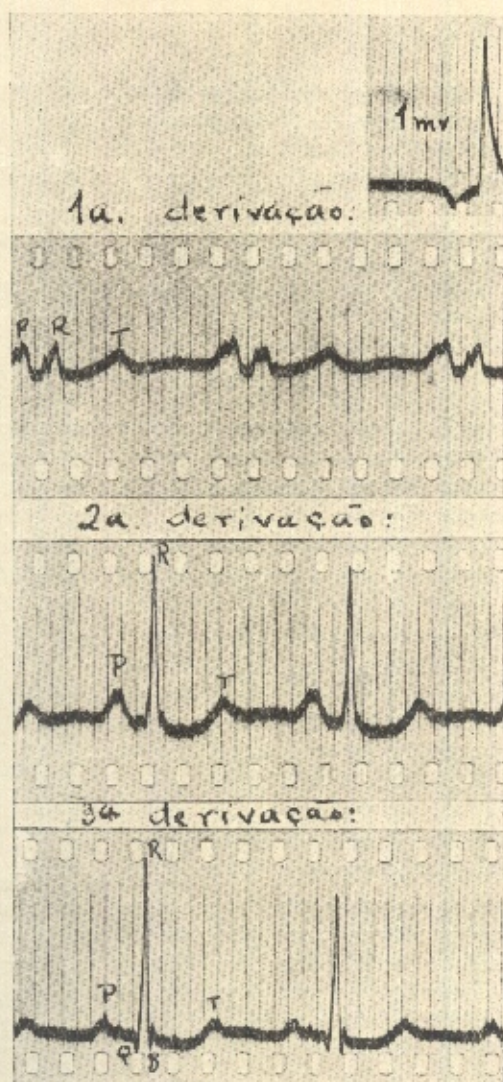


Fig. n.º 19

1.<sup>a</sup> derivação:

Electrograma auricular — onda P positiva, mas com notável variação de potencial e de amplitude de um complexo para outro. Ao lado



de ondas com 0<sup>o</sup>12 e alto potencial temos ondas de 0<sup>o</sup>05 e baixo potencial.

Eletrograma ventricular — complexos de potencial muito variavel. QRS — 0<sup>o</sup>05. Grande flecha R de potencial variavel. Espaço S T situado abaixo da linha iso-eletrica.

### 3.<sup>a</sup> derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva e de amplitude normal.

Eletrograma ventricular — flecha principal R. de potencial muito variavel.

Onda Q bastante pronunciada. Espaço ST abaixo da linha iso-eletrica.

Tudo chama a atenção para a grande modificação impressa ao eletrocardiograma pela medicação salicilada. Modificação quanto á origem do estímulo, modificação de fórmula, de amplitude e de potencial dos complexos.

### b) Extrasistolia

O aparecimento do acidente extra-sistolico no decurso de uma doença infecciosa em paciente cujo ritmo até então tivesse sido normal, tem sido considerado como de mau prognostico. Hoje em dia não se os considera de significação tão má.

No decurso do reumatismo, nós registamos a aritmia extrasistolica com uma frequencia assim revelada num balanço bibliografico:

Na infancia, BAIN e HAMILTON encontraram em 2% de seus observados.

LIAN diz te-la verificado raramente.

AUBERTIN em menos de 50% de seus casos.

J. PARKINSON HOPE e GUISON em 14% dos reumaticos, e VIALARD em 10%.

COHN e SWIFT em mais de metade dos casos.

Alguns autores, como JOSUÉ, atribuiram as extra-sistoles ao uso prolongado da medicação salicilada, o que aliás não ficou demonstrado, e tudo faz crer nesses ultimos anos que a causa reside num processo de miocardite atingindo o tecido primitivo. Estas extra-sistoles aparecem isoladas de modo irregular ou regularmente como no bigeminismo.

Enquanto nos cardiacos em geral predominam as extra-sistoles ventriculares, aqui são particularmente frequentes as extra-sistoles auriculares.

A extra-sistole isolada é destituída inteiramente de valor prognostico, enquanto que associada a outras perturbações de ritmo ou á atipia eletrocardiografica torna o caso de prognostico reservado.

Na doença de BOUILLAUD, não é raro ver as extra-sistoles ventriculares coincidirem com o bloqueio ou a fibrilação, como veremos dentro em breve.

(Continua no proximo numero.)



## A Cirurgia em Buenos Aires (\*)

Dr. Jacy Carneiro Monteiro

Docente Bore da Clinica Cirurgica e Urologica da Faculdade de Medicina

Depois de um mez de peregrinação pelos centros cirurgicos de Buenos Aires, venho trazer á esta sociedade scientifica as minhas impressões sobre o que observei na cirurgia da grande metropole portefia.

A assistencia social sob o ponto de vista hospitalar é grandemente desenvolvida nessa grande cidade, que conta com cerca de trinta hospitaes; os que tive occasião de visitar apresentavam-se todos bem organisados, a maior parte constituídos em pavilhões, sem contudo mostrarem instalações luxuosas, nem requisitos de hospitaes ultra modernos; em alguns mesmo notava-se falta de melhor aparelhagem. Compensando porem estas falhas, avulta de certa forma, o alto espirito scientifico e a competencia aprofundada dos cirurgiões portenhos que tive a oportunidade de visitar, o que atesta o elevado nivel em que chegou a arte cirurgica em Buenos Aires, primeiro centro indiscutivelmente de irradiação da ciencia medica da America do Sul, e um dos mais importantes do universo.

De fato todos os ramos da medicina apresentam um tão grande desenvolvimento nessa capital, que elevado é o numero de medicos de varios paizes da America latina, que encontram-se presentemente em Buenos Aires, fazendo estagios em varios hospitaes e renovando seus conhecimentos scientificos nessa fonte perene de disseminação, das ultimas conquistas da medicina moderna. Poucos dias antes da minha partida, chegava uma caravana paulista chefiada pelos professores Pacheco Silva, Vampré, Jairo Ramos e Alipio Correa Neto, com quem tive a agradavel oportunidade de travar relações, e que vieram visitar os meios medicos da capital argentina.

Devo dizer que o espaço de um mez é por demais exiguo para se conhecer todas as instalações cirurgicas e apreciar a totalidade dos cirurgiões portenhos, por este motivo, procurei desde a minha chegada, aproximar-me daqueles cujo nome e notoriedade já me eram familiares, atravez de suas obras e publicações scientificas, o que aumentava a minha anciedade em conhece-los.

Assim fui ver *Enrique Finochietto*, Professor da Universidade, notavel cirurgião, que encarna em sua personalidade uma das mais altas expressões da cirurgia argentina; dotado de um inexgotavel espirito inventivo, fez construir para seu serviço um sem numero de aparelhos cirurgicos, que muito facilitam os diversos tempos das intervenções. Tem uma tecnica admiravel, cuida muito da hemostase, como quasi todos os cirurgiões que visitei, e opera com alma de artista, como disse de uma feita o prof. Alfredo Monteiro, do Rio, embora não sendo um cirurgião



rápido, encanta vê-lo executar suas manobras técnicas, com grande calma e conhecimento profundo de anatomia, que revelam o grande cientista que é. Apreciei-o, em duas tiroidectomias, e lembrei-me de Mayer, de Berlin, tal a perfeição da hemostase nestas operações via de regra muito sangrentas; num dos casos tratava-se de um cancer do lobulo esquerdo da tiroide, com grande aderencia aos planos profundos, em que foi necessario praticar uma dissecação minuciosa, com ligadura e ressecção de uma regular extensão da jugular interna. Foi realmente magnifico ver o eminente mestre trabalhar de bisturi, no fundo da ferida operatoria, e dissecar brilhantemente a carotida, a jugular interna e o nervo pneumogastriico, fazendo a extirpação do tumor sem incidentes a deplorar. Tive oportunidade de vê-lo ainda em uma fratura do colo do femur, em que extirpou a cabeça deste osso desvitalizada e refez uma nova articulação. Outra vez convidou-me para assistir uma gastrectomia por ulcera do duodeno; neste particular Enrique Finochieto é sistematicamente resseccionista, e praticou um Polia com algumas modificações suas, usa fio de linho para as suturas sero-serosas, e muda tres vezes as luvas de pano branco que veste sobre as de borracha; resseca grande extensão de estomago, e faz tres planos de sutura na anastomose; antes de extirpar este orgão disseca dois centimetros de serosa na linha incisão e liga todos os vasos sub-serosos para evitar a hemorragia post-operatoria. Antes re cortar o duodeno, faz uma incisão sobre a serosa, disseca-a e pratica o esmagamento sobre as tunicas restantes, passa um fio de catgut sobre a região esmagada, corta-a e encobre-a com uma sero-serosa a catgut, reforça-a com outra sutura a linho, e ainda costura uma faixa de epiplon sobre o coto duodenal. Diz que desta maneira são excepcionais as fistulas duodenais. Na ulcera gastrica com duodeno livre, prefere o metodo de Pean-Bilrot I<sup>o</sup>, que lhe parece o mais indicado.

Enrique Finochieto, está cercado de uma pleiade de jovens auxiliares, todos ótimos cirurgiões que seguem fielmente a escola do mestre; é notavel a observação deste particular, pois sente-se a personalidade do eminente professor atravez da tecnica de seus assistentes.

Tive ocasião de observar varias intervenções praticadas neste serviço, pelos colaboradores de Finochieto, como bocios, cancer da mama, em que fazem incisão transversal para evitar o edema do braço por compressão da cicatriz sobre os vasos axilares e varias ressecções de meniscos operados com o joelho em angulo reto, etc. Entre os brilhantes assistentes deste serviço destaca-se Oscar Vacarezza, jovem e competente cirurgião, que dedica-se com muita proficiencia á cirurgia da tuberculose pulmonar.

As operações de bocio neste serviço são feitas com incisão transversal muito pequena, e os doentes são operados sob o controle do metabolismo basal, após terem feito um pequeno estagio num departamento especializado para este fim; nos doentes de bocio, virgens de tratamento, se pratica uma biopsia antes da terapeutica pelo iodo, para observar depois da operação, a ação deste medicamento sobre o parenquima tiroideo.

Os cirurgiões deste departamento clinico usam lampada frontal, luvas e perneiras de linho branco e, com assiduidade, o aspirador de Finochieto.



*Ricardo Finochieto*, irmão de Enrique, Professor de Técnica Operatória da Faculdade, é um homem super dinâmico e de uma atividade assombrosa, é um dos cirurgiões que mais trabalha em Buenos Aires, e tem em seu serviço, que ocupa 80 camas no Hospital Rawson, uma organização formidável. Seus assistentes, todos muito jovens e admiráveis técnicos, são obrigados a conhecer o alemão e o inglês, e só operam no vivo, depois de reproduzirem toda a técnica de seu chefe no cadáver e no cão, apresentando depois desta aprendizagem um relatório com esquemas, que será submetido a aprovação do chefe do serviço. Esta clínica assina grande número de revistas médicas, que a medida que vão chegando, vão sendo distribuídas, assinaladas, aos diversos assistentes, que no prazo de uma semana têm o dever obrigatório de apresentar um resumo datilografado que será discutido em sessão semanal dos componentes deste serviço, e presidida por Ricardo Finochieto; disse-me este mestre que aprendeu este sistema no Instituto Osvaldo Cruz do Rio de Janeiro.

De todas as operações praticadas no seu serviço, a técnica está discriminada em um dossier especial, de que os assistentes tem uma cópia em casa; e são obrigados a reproduzi-la inteiramente quando operam.

Nesta admirável organização, para cada intervenção existe uma equipagem cirúrgica completa, para nada faltar durante o ato operatório; quer seja o chefe que trabalhe, ou o último de seus assistentes, o material é sempre o mesmo, no número de instrumentos, na classificação dos fios, no diâmetro das agulhas, na qualidade dos drenos, etc., tudo isto preparado por pessoal especializado, de maneira que o ato operatório não seja perturbado nem demorado, pela falta ou esquecimento de determinado objeto.

Vi operar por este cirurgião uma colecistite calculosa com litíase do coledoco; usa sistematicamente a anestesia local, incisão para mediana direita e drena a loja vesicular com lâminas de borracha. Sua técnica é primorosa; é, porém, muito exigente com seus auxiliares; usa lâmpada frontal e opera sentado. Num outro caso de abscesso de pulmão, onde já fizera uma ressecção costal previa, efetuou a abertura do abscesso com ferro incandescente; este processo, que é de Enrique Finochieto, consiste em aquecer ao rubro em um aparelho especial, estiletos de ferro terminados em olivas ponteadas, vai aplicando esse cauterio continuamente, destruindo plano por plano até chegar à cavidade do foco supurado, que é largamente aberta, e cauterizada demoradamente. A anestesia foi geral, pelo cloroformio, devido ao estado pulmonar do paciente; durante a intervenção um aspirador secava constantemente a ferida operatória e outro aspirava a secreção da boca, retirando cerca de 400 cc de líquido sanguinolento. Esta operação foi efetuada na Casa de Saúde Arrenales, luxuosa instalação cirúrgica particular, onde fui ter, por especial convite do Prof. Ricardo. Si não frequentei mais seguido esta admirável escola cirúrgica, foi por ela ter entrado em obras de remodelação poucos dias depois da minha chegada.

Ricardo Finochieto dedica-se também à cirurgia da tuberculose pulmonar, que pratica com grande perfeição e constitui com seu irmão En-



rique e o Dr. Oscar Vacarezza, um nucleo que representa uma escola notavel nesta especialidade cirurgica.

*Alexandre Ceballos*, Professor de patologia cirurgica da Faculdade de Medicina, tem seu servico no Pavilhão V do Hospital Rawson; foi o cirurgião mais elegante que vi trabalhar em Buenos Aires; tem uma tecnica que agrada pela simplicidade, opera com grande rapidez, sem ter, todavia, a preocupação da velocidade; seu campo operatorio foi o mais limpo que observei nesta trajetoria cirurgica; é de um cavalheirismo a toda prova e logo conquista pela sua palestra de encantar e pela simplicidade de suas maneiras. Fui ve-lo em uma ulcera de estomago; é reseccionista e faz, sempre que as condições permitem, o processo de Pean-Billroth I, considera este metodo o mais fisiologico de todos; antes da ressecção gastrica efetua o descolamento e mobilização do duodeno, levando-o bem para a esquerda, e mostra-nos no fundo do plano operatorio a veia cava, a aorta e um segmento do pancreas que acompanhou a mobilização do duodeno; chama-nos atenção sobre o cuidado que é preciso ter para não lesar o coledoco. Com este desvio do duodeno para a esquerda, não ha perigo de tração sobre as suturas da anastomose. Practica somente dois planos de suturas na anastomose gastro-duodenal com catgut e em chuleio simples. Impressionado com a predileção dos mestres argentinos pela tecnica de Pean, nas gastrectomias, perguntei si não eram frequentes as estenoses da neo boca com esse processo e Ceballos disse-me que tem cerca de 450 casos operados por este sistema, e nestes ultimos cinco anos, só um enfermo apareceu com esta complicação, devido a gastrite hipertrofica que se continuava pela anastomose, dificultando seu funcionamento; diz que com esta tecnica se está a coberto da ulcera peptica.

Noutra secção operatoria para a qual fui convidado, praticou duas toracoplastias como primeiro tempo, em dois casos de cancer pulmonar; uma superior outra inferior, para mais tarde efetuar a lobectomia; tive o ensejo antes de voltar de observar o segundo tempo desta ultima operação, em que se tratava de um neo do lobulo inferior do pulmão direito. A toracoplastia fôra efetuada a 15 dias atrás, anestesia geral com aparelho de hiperpressão para evitar o colapso pulmonar; desfaz a cicatriz da primeira operação e abre a pleura, liberta com algum custo as aderencias que prendem o pulmão ao diafragma e consegue passar o torniquete no hilo do lobulo afetado. Cerca a porção do pulmão assim septado com varias compressas e estreita a brecha operatoria com dois pontos de seda, o pulmão depois de necrosado pela falta de irrigação sanguinea irá se eliminando aos poucos.

Conta-nos Ceballos, que tem um operado de cancer do pulmão, que sofreu uma lobectomia alta a oito mezes, está em ótimas condições, com a ferida operatoria já completamente fechada. Lamenta que estes doentes não sejam operados no inicio do seu cancer, devido não só a dificuldade de se fazer um diagnostico precoce na maior parte dos casos, como tambem a relutancia dos clinicos em entregar á cirurgia estes doentes que já trazem consigo a sua condenação irrevogavel.

Esta operação que eu acabo de referir, foi executada em 40 minu-



Gluconato de cálcio. Extracto de malte. Princípios activos do óleo de fígado de bacalhau. Citrato de ferro am. com traços de cobre, cobalto e manganéz (methodo de Orten-Elvehjem).

# GLUCONIA

Estado geral de fraqueza. Perda de peso. Má alimentação. Falta de appetite. Convalescença. Crescimento. Anemia. Descalcificação. Gravidez e amamentação. Cansaço. Excesso de trabalho. Crianças em idade escolar.

INSTITUTO NACIONAL  
DE PHARMACOLOGIA  
CAIXA POSTAL 7421 - SÃO PAULO



*Um reconstruinte científico*

# GLUCONIA

# Neuromon

LÍPOIDES E FOSPHATIDOS  
DA SUBSTANCIA NERVOSA.  
PHOSPHORO, GLYCERO-  
PHOSPHATOS, HYDRATOS  
DE CARBONO, VITAMINAS.

**INDICAÇÕES:** Neurastenia. Esgotamento nervoso. Fadiga cerebral. Cansaço intelectual. Neuroses. Psychopathias. Epilepsia. Hysteria. Crescimento intelectual das crianças. Convalescenças, etc.

Amostras:

INSTITUTO NACIONAL  
DE PHARMACOLOGIA  
Caixa Postal, 7421 - S. PAULO





# Productos „SANDOZ”

## ALLISATINE

Anorexia — Dyspepsias — Diarrhéas — Enteritas — Indigestões — Arterioesclerose — Hypertensão periodica — Hypersecreção bronchica.

## BELLADENAL

Angina de peito — Asthma — Dysmenorrhéa — Epilepsia — Enxaquecas — Tremores.

## BELLAFOLINE

Asthma — Espasmos — Hypersecreções — Gastropathias — Colites — Parkinsonismo — Tosse emetisante — Coqueluche.

## BELLERGAL

Medicação estabilizadora do systema nervoso vegetativo de acção sobre o conjuncto: peripherio e central.

## “CALCIUM-SANDOZ”

Descalcificação em geral (Rachitismo, Tuberculose, Fracturas, Gravidez, Período de amamentação, Crescimento) — Pneumonias — Diathese exsudativa — Estados tetanigenicos — Dermatoses — Desequilíbrio do systema nervoso vegetativo — Anaphylaxia — Hemorrhagias.

## DIGILANIDE FELAMINE

Todas as insufficiencias cardiacas.

Lithiasis biliar — Angiocholites — Insufficiencia hepatica (Prisão de ventre por hypocholia).

## GYNERGENE

Atonia uterina — Menorrhagias — Tachycardia paroxistica — Basedow — Certas enxaquecas — Neuro dermatoses — Urticaria — Glaucoma — Nevroses.

## IPECOPAN LOBELINE

Tosse — Coqueluche — Bronchites.

## OPTALIDON

Asphyxias.

Antineuralgico desprovido de toda acção entorpecente.

## SANDOPTAL SCILLARENE

Insomnias.

Cardiotonico de sustentação — Diuretico azoturico.

### INFORMAÇÕES :

**BUREAU SCIENTIFIQUE**  
Rua da Alfandega, 201 - 2º — Tel. 21-4487  
RIO DE JANEIRO

### Concessionarios exclusivos

**Hugo Molinari & Cia. Ltda.**  
Rua da Alfandega, 201 — C. P. 161  
Rio de Janeiro



tos e o doente saía da mesa operatoria sem choque e com um pulso tenso e regular batendo 100 vezes por minuto.

Acompanhei ainda uma vez Ceballos em um volumoso tumor da glandula sub-maxilar, com aderencias muito severas aos planos profundo e que foi extirpado completamente a bisturi, com grande felicidade e escassa hemorragia. Este cirurgião não usa quasi a tesoura nas suas manobras cirurgicas, mas dá ao bisturi o valor que ele sempre mereceu, o de enaltecer o merito do operador.

No hospital Piñero quasi nos limites de Buenos Aires, fui visitar o Dr. *Bosch Araña*, Professor de cirurgia experimental da Faculdade de Medicina, que tinha marcado uma sessão cirurgica para mim e um colega chileno, que tinhamos mostrado desejos de conhece-lo. Praticou neste dia duas colecistectomias, uma extirpação de menisco rompido, e uma cineplastica em um coto de amputação. Usa quasi unicamente a raqui-anestesia com pantocaina. Nas colecistectomias emprega a incisão vertical direita através do musculo reto do abdomen, cujas fibras separa com dois afastadores de Farabeuf, abre o ventre coloca um Gosset e obtem ótima luz sobre a região sub-hepatica; isola a vesicula com tres compressas aspira o seu conteúdo e pratica a colecistectomia retrograda, peritonisa o leito da vesicula com catgut e fecha o ventre sem drenagem. É muito meticoloso na reconstituição da parede, faz quatro suturas, a do peritoneo, aponevrose, tecido adiposo sub-cutaneo e pele, sendo que nesta ultima emprega costura intradermica com seda, que retira nas primeiras 48 horas; o tempo empregado no fechamento do ventre não vae alm de cinco minutos.

O que é deveras interessante no serviço de Bosch Araña, é a sua tecnica, por ela denominada "Cirurgia Sincronizada"; o operador, os dois assistentes e a enfermeira encarregada dos ferros, tem todos o sua atividade sincronizada com os tempos operatorios; um dos auxiliares só afasta e corta os fios, o segundo seca e facilita as manobras do cirurgião, a encarregada dos ferros alcança estes ao operador quando ele lhe estende a mão, limpa-os, e coloca-os novamente em ordem sobre a mesa. Quanto ao cirurgião, não olha uma vez só para a mesa auxiliar a procura dos instrumentos, a um simples gesto que faz com os dedos, a enfermeira já sabe qual o objeto que deseja; cada um componente do team cirurgico é dono absoluto de seus movimentos e para isto foram treinados especialmente.

Diz Bsch Araña que desta maneira o operador não retira o olhar um só momento do campo operatorio durante a intervenção, não prejudica a acomodação e gasta em suas operações muito menos tempo que com as tecnicas habituaes; é admiravel observar o aspto da equipe cirurgica operando com o sistema sincronizado, onde não se perde um gesto e todo o tempo é aproveitado em beneficio do paciente. Assim em menos de uma hora praticou com seu "team sincronizado standard" duas colecistectomias, sem precipitação, com tecnica academica, em duas doentes relativamente obesas. Relatou-nos que fez seus auxiliares observar em varios serviços, quantas vezes o cirurgião voltava-se para a mesa dos ferros a procura do material, e constatou-se que faziam este gesto



de 60 a 80 vezes durante a intervenção, prolongando a seu ver o tempo operatorio com visível prejuizo para o enfermo.

Depois desta sessão cirurgica, fomos visitar o Instituto de Cirurgia Experimental, situado em frente ao Hospital de Clinicas da Faculdade, dirigido pelo prof. Araña; é um estabelecimento modelar e sua visita deixa uma impressão magnifica pela ordem e beleza de suas instalações, salas amplas e bem aparelhadas, grande numero de mesas operatorias para cães, belo museu onde encontram-se ao lado de preparações interessantissimas, o primeiro material cirurgico empregado na Argentina nos tempos coloniaes; o anfiteatro é belo e confortavel. Dezenas de jaulas continham os animaes para os trabalhos praticos, a higiene era absoluta, não sentia-se o menor cheiro, o mesmo acontecendo quanto ao silencio, pois apesar de lá se encontrarem cerca de 80 cães, não havia o menor ruido, pois os animaes sofrem, ao entrar para o instituto, a secção de suas cordas vocaes.

Após esta agradável e proveitosa manhã, Bosch Araña, com a fidalguia que caracteriza os portenhos, nos fez servir um ótimo café, e nos obsequiou com um magnifico exemplar de sua obra sobre "Técnica da apendicectomia pelo sistema sincronizado".

Ainda no Hospital Rawson encontra-se o eminente mestre da cirurgia abdominal, professor *Roberto Solé*, muito conhecido entre nós pelos seus admiraveis trabalhos sobre ulceras gastro-duodenaes; ao chegar em seu serviço não o encontrei e fui recebido por seu chefe de clinica, informando este que Solé na vespera linha terminado uma serie de dez estomagos, e que atualmente não havia doente em condições de ser operado; fiz sentir o pezar de não ve-lo operar, pois partiria dentro de breves dias e retirei-me. No dia imediato fui procurado por um assistente do dito mestre, pedindo em seu nome que eu marcasse uma hora afim de assistir uma gastrectomia, pois tinha conseguido um doente para operar na minha presença; na hora aprazada recebeu-me cavalheirescamente e mandou-me escolher entres tres casos qual o que eu desejava ver operar; escolhi uma ulcera de estomago, que imediatamente foi operada, e tenho a impressão, que foi a sessão operatoria mais empolgante que assisti em Buenos Aires. Solé é um artista do bisturi, opera rapidamente, sem grande luxo de tecnica, e superpõe os tempos operatorios com rara elegancia, sua hemostase é correta, não se vendo quasi sangue no campo operatorio. E' um homem respeitavel pelo seu valor de cirurgião doublé de um espirito infatigavel de investigador.

Descrição da gastrectomia: Infiltra a parede com novocaina a 1/2% e abre o ventre na linha media; através de uma brecha no epiplon gastro hepatico, infiltra os esplanenicos sob o lobulo de Spiegel. E' de uma rapidez notavel para extirpar o estomago, coloca um clamp brando sobre o duodeno, sua pinça de gancho sobre a porção alto do estomago, varios Kocher no grande epiplon, toma do bisturi, e em menos de dez minutos o estomago já está fóra do campo operatorio.

Muda as luvas, retira a pinça que fecha o duodeno, deixa-o aberto, introduz o dedo, examina para ver se tem ulcera, estenose ou outra qualquer alteração, e depois fecha-o com duas suturas a Connell com o mesmo fio e a mesma agulha, faz uma proteção com epiplon sobre o coto



duodenal; diz que nunca perdeu doente por peritonite nestas operações, fistulas duodenaes são muito raras e fecham espontaneamente. Seca com uma gase o dedo que andou por dentro do duodeno, e continúa a intervenção ligando os vasos da grande curvatura e bem fortemente a coronaria estomatica. Retira o clamp da seção gastrica, deixa sua cavidade á mostra e faz uma cuidadosa hemostase dos vasos que sangram, diz que este processo a céu aberto é muito mais seguro, pois evita o hematoma e as hemorragias post-operatorias, devidas a culpa exclusiva do cirurgião. Após este tempo vae em busca da alça jejunal que anastomosa com toda a extensão da brecha gastrica; primeira sutura sero-musculosa entre ambos estes órgãos; segundo tempo, fechamento da metade superior da boca gastrica; terceiro e ultimo tempo sutura anastomotica da porção inferior do estomago com a alça jejunal com dois planos em catgut. Fixa o estomago no orificio do mesocolon e muda as luvas por segunda vez.

Seca o espaço sub-diafragmatico e diz que vae feixar o ventre em um só plano, coloca duas compressas de gase sob o diafragma para drenagem dos liquidos que aí se formam, e que serão retiradas nas 48 horas.

Reconstitue a parede em uma unica camada com catgut cromado forte, usa agulha de Reverdin e faz o fio sair rente a incisão cutanea, os pontos são isolados e muito proximos; ao serem amarrados, os bordos cutaneos ficam em contato intimo e por isto Solé não sutura a pele; relata-nos que a tres anos usa este processo e consegue cicatrises ótimas, por primeira intenção ao cabo de 7 dias; acrescenta que a não sutura da pele favorece a drenagem espontanea dos espaços sub-cutaneos evita as coleções purulentas e hematomas oleosos, tão desagradaveis no post-operatorio.

Praticou a gastrectomia em uma hora e dez minutos, mas interrompeu muitas vezes seu trabalho, para me explicar detalhes de tecnica, seus tempos operatorios nos casos não complicados, tem sido de 45 a 50 minutos.

Da pouca importancia ao liquido gastro-duodenal corrido durante a operação, diz que são muito pouco septicos, e usa a mesma agulha para as suturas tanto mucosas como serosas, e repete que nunca perdeu doente por peritonite nas gastrectomias por ulcera.

O caso operado tratava-se de um enfermo que estava a cinco dias no serviço, e que baixara por ter tido tres hematemeses seguidas, a ultima na vespera de sua internação. E' partidario da operação immediata nos grandes hemorragicos, desde que o pulso não passe de 120, pois não sabe si a hemorragia vai ceder, ou si o enfermo vai succumbir a nova perda sanguinea. Tem estudos e investigações muito interessantes e modernas sobre: Ulcera fundica por cirrose hepatica. Doença ulcerosa sem ulcera. O estado do figado nas colecistites. Tratamento da ulcera gastro-duodenal. Ictericia, sua classificação e tratamento etc.

Nas colecistites aconselha e faz sempre a biopsia do figado, retirando pequeno fragmento deste órgão, e enviando ao laboratorio anexo a sua clinica. Diz que a maior parte das dores e sofrimentos que aparecem no post-operatorio das colecistectomias, não são devido a adherencias, estase biliar ou espasmo do esfincter de Oddi, mas sim causadas por en-



fermidade da glandula hepatica que a biopsia revela; e nestes casos indica um tratamento medico prolongado que muito vem beneficiar o paciente. Pensa que o figado está mais lesado nas colicistites alitiasicas, que nas calculosas, e diz serem as primeiras secundarias a uma lesão hepatica.

No velho Hospital das Clinicas fui visitar o serviço do *Professor Arce*, o Instituto de Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina, localizado em um pavilhão completamente remodelado, e que a meu ver, é um dos serviços de cirurgia mais bem organizado da America do Sul.

Acompanhado pelo docente Dr. Oscar Yvanessevich, assistente e chefe de serviço de Arce, cidadão este que é um perfeito gentleman pela maneira altamente cativante e polida das suas maneiras, visitei todas as dependencias do Instituto, amplas e higienicas enfermarias com capacidade para 120 enfermos, museu precioso e bem organizado, ótimas instalações de Raios X, secretaria movimentada, onde é feita a escrita da clinica e organizado o fichario, rica biblioteca que era do Prof. Arce e foi doada por ele ao Instituto, uma sala com um grande negatoscopio, onde estão afixadas todas as radiografias do dia; depois o departamento cirurgico propriamente dito, que consta de uma grande sala de operações muito semelhante a de Brandão Filho no Rio de Janeiro porém maior, onde opera o chefe, 4 outras pequenas onde trabalham os assistentes do serviço, e mais outra aparelhada exclusivamente para cirurgia nervosa, onde exerce sua atividade o dr. Balado, eminente neuro-cirurgião da escola de Arce.

Em uma seção operatoria neste serviço, realisam-se em um só dia de 18 a 20 intervenções.

O Prof. Arce, um dos cirurgiões mais conhecidos da Argentina, tipo alto, corpulento, muito acessivel e simpatico, é um homem muito ocupado, Professor da Faculdade, Diretor do Instituto de Clinica Cirurgica, Decano da Faculdade, Vice-reitor da Universidade, Deputado Nacional, e contudo tem tempo nas quintas e sabados para se dedicar á cirurgia na sua modelar organização.

Tive oportunidade de assistir uma destas sessões, em que operou uma ulcera do duodeno, uma splenectomia e um cancer da mama; é ainda um grande cirurgião, trabalhando com destreza e tecnica apreciaveis.

Emprega sistematicamente a anestesia geral pelo ciclopropan, que é uma mistura de 90 partes de oxigenio e 10 de gás etileno, anestésico de grande inocuidade, porém exigindo um tecnico especializado para seu emprego, aliado ao custo elevadissimo do aparelho.

Serve-se continuamente do bisturi electrico, que emprega na incisão inicial e em manobras ultteriores. Como Gosset, não é resseccionista na cirurgia gastro-duodenal, e pratica frequentemente a gastro-enterostomia nestes casos. Está cercado de um luzido grupo de colaboradores como Squirre, Ferrari, Balado, neuro-cirurgião, e Yvanessevich, especializado em cirurgia plastica, tive ocasião de ver este ultimo em varias correções do nariz e da face, mostrando-se um cirurgião elegante e altamente tecnico.

No Hospital Ramos Mejia fui conhecer *Chutro*, antigo professor de Clinica Cirurgica, cujas aulas são famosas pela clareza com que explica,



pela maneira acessível como se faz compreender e pelo seu alto espirito didatico; ouvi tres lições deste mestre, que muito influirão nos meus metodos de ensino. Assisti uma colecistectomia e uma ulcera do duodeno, operada por este cirurgião; trabalha com muita calma, mas com ótima tecnica e produzindo lindas suturas; na cirurgia gastro duodenal é grande apologista da gastroenterostomia.

Presenciei uma de suas consultas de sabado, em que revê seus operados, para verificar o resultado obtido com seus metodos; estas sessões são interessantes e muito frequentadas.

Em Urologia conheci o Professor *Bernardino Maraini*, titular desta especialidade na Faculdade Medicina, tem seu serviço em um dos pavilhões do Hospital Rawson, é um cidadão muito amavel e grandemente simpatico; percorri com ele todas as dependencias de sua organização, mostrou-me seu lindo museu de urologia, as enfermarias, o departamento cirurgico com duas salas de operações, e explicou-me pacientemente o sistema com que tem organizado seu fichario, que de fato é admiravel.

Opera muito pouco; em tres vezes que estive em seu serviço tive oportunidade de ver operar seus auxiliares Alcorta, Molina e Iglesias, em nefrectomias, talha hipogastrica, prostatectomias etc.

Aí vi fazer uma cistostomia com incisão transversa a 8 cm acima do pubis, por Figueroa Alcorta, com a justificativa de que este processo evita as celulites do espaço de Retzius permite mais facilidade tecnica no segundo tempo da prostatectomia. Não estou de acordo com esta inovação, pois pareceu-me muito trabalhosa a talha hipogastrica com este metodo, e continuo fiel á incisão vertical classica, que permite acesso mais facil á cavidade vesical.

Maraini, que foi aluno do famoso Guyon, o fundador da verdadeira urologia, e tem orgulho de frizar este particular, é um apaixonado da litotricia na calculose vesical, e pratica-a com grande pericia e habilidade.

Quanto a anestesia, vi usar neste serviço eter, anestesia local e evipan no segundo tempo da prostatectomia.

Na hipertrofia da prostata estão ainda estudando a ressecção endoscopica, não tendo nenhum caso operado. Ofertou-me Maraini varios trabalhos seus sobre *Litotricia*, exaltando o valor deste metodo e propugnando pela divulgação do mesmo; *Litiase ureteral baixa*, indicando a via sangrenta extra peritoneal, isenta de gravidade e fornecendo ótimos resultados; recorre raramente nestes casos aos processos endoscopicos de limitadas indicações.

*Ligadura e secção dos canaes deferentes* nas disurias dos prostáticos, explicando os seus resultados beneficos pela ação sobre o simpatico desta região. As afecções das vesiculas seminaes são atacadas atravez do deferente pela vasotomia, reputa o cateterismo dos canaes ejaculadores difficil e muita vez impraticavel, experimentam contudo este metodo antes do metodo sangrento. Nas prostatectomias praticam o tamponamento manual da loja prostatica com gase, applicando em seguida o tubo de Marion. Este serviço consta de 80 leitos, sendo 60 de homens e o restante de mulheres.



Guardo desta visita uma agradável recordação pelo trato cavalheiresco com que fui recebido.

No Hospital Alvear trabalha um profissional de grande valor, *Anibal Vilar*; dedica-se á ginecologia, e opera com alta tecnica e grande destreza; assisti uma serie de intervenções ginecologicas praticadas com muito brilhantismo; é um adepto da escola vienense e sendo muito habil na cirurgia vaginal.

Visitei tambem o Hospital Tornú, exclusivamente para tuberculosos, com 800 leitos e instalado em seis ótimos pavilhões. Lá fui varias vezes ver *Mario Obrea*, um cirurgião jovem mas dotado de grandes qualidades inherentes á sua profissão; dedica-se aí exclusivamente á cirurgia da tuberculose pulmonar; não entrarei em detalhes sobre esta cirurgia por isto que dentro em breve trarei a esta sociedade, um trabalho sobre este assunto, que foi o motivo principal de minha viagem a Buenos Aires.

Neste Hospital existe uma maternidade só para tuberculosas, com 80 leitos, que é a maior da America do Sul para este fim; ao nascer os pequenos entes são separados de sua mãe e conduzidos para uma enfermaria aquecida permanentemente a 20 graus e alimentados por vigorosas nutrizas. São vacinados sistematicamente pelo B. C. G., e depois de um mês de permanencia neste serviço, são transferidos para os preventorios, onde são cuidados e vigiados até a idade de 10 anos, sendo depois entregues a seus paes, caso não corram o perido de se infectarem.

O Hospital Tornú é a séde e o centro de irradiação da luta contra a tuberculose na capital portenha, e é notavel o asseio absoluto que reina em todos os seus recantos, enfermarias, salas de jogos, refeitorios, consultorios, solarios etc., assim como tambem o aspeto saudavel e higienico dos doentes aí recolhidos. Possui um bem apresentado museu sobre lesões tuberculosas em suas multiplas localizações, notando-se maior variedade de preparações sobre o aparelho respiratorio.

Eis aí meus senhores o que consegui observar em um mez de estagio na bela metropole argentina; existem ainda numerosos tecnicos de grande valor e reconhecida competencia que não me foi dado o ensejo de conhece-los, pela premencia do tempo que dispunha.

Volto deveras entusiasmado com o que poude observar em Buenos Aires, sobre o ponto de vista de assistencia social, da cultura excepcional aliada ao espirito de investigação de seus homens de ciencia, que honram de sobremodo a civilização da America Latina.

Antes de terminar estas minhas palavras é de justiça salientar, e o faço de viva voz, o alto grau de cavalheirismo, a cortezia sem par, e a gentileza cativante, com que os medicos argentinos recebem e agasalham os seus colegas brasileiros, abrindo-lhes seus serviços clinicos, desvendando-lhes suas ultimas pesquisas e inovações científicas, e proporcionando uma estadia proveitosa e agradável em seu meio, contribuindo enormemente, desta maneira, para a intensificação do intercambio intelectual e científico entre as duas grandes republicas irmãs.



## A aneslesia local nas apendicectomias

do serviço da 2.<sup>a</sup> cad. de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre: Prof. Guerra Blessmann

por

Dr. Secco Sichenberg

Chefe de Clínica da 2.<sup>a</sup> cadeira de Clínica Cirúrgica

Ha alguns anos atraz, Braun, um dos maiores entusiastas da anestesia local, para cujo desenvolvimento muito contribuiu, declarava que a apendicectomia era a intervenção menos propicia para ser executada sob anestesia local.

Com referencia á apendicite aguda, achava que esta afirmação era categorica.

Atribuia os insucessos a uma dificuldade tecnica, de base anatomica, em infiltrar convenientemente o peritoneo; achava que certas posições do apendice e certos estados anatomo-patologicos do mesmo dificultavam, se não entravavam o resultado da anestesia.

Mas as modificações de tecnica introduzidas com o tempo, o cuidado e esmero, dedicados aos processos de anestesia local, modificaram os resultados das anestésias locais nas apendicectomias e hoje obtém-se em muitos casos ótimas anestésias, que dispensam por completo a anestesia geral.

Alem das vantagens geraes inerentes ao metodo de anestesia local em si, o silencio abdominal, que sempre é observado, facilita muitissimo a intervenção cirúrgica.

No serviço da 2.<sup>a</sup> cadeira de Clínica Cirúrgica, do qual temos a honra de ser auxiliar de ensino, a anestesia local ocupa, desde muito, o primeiro lugar na estatística das anestésias.

Inicialmente, a apendicectomia era praticada em nosso serviço, sob narcose geral, mas em fins de 1933, nosso diretor, o Prof. Guerra Blessmann, resolveu generalisar o emprego da anestesia local nas apendicectomias.

Entretanto, o Prof. Guerra Blessmann resolveu não empregar a tecnica pura de Braun, tambem citada por Pauchet e Hirschel, modificando-a e completando-a, melhorando assim sensivelmente esta tecnica de anestesia local, como o provam os resultados obtidos.

Devemos entretanto confessar, que, em se tratando de casos de apendicite aguda, bem como nos casos de apendice retro-cecal, especialmente quando este ainda se encontra fortemente encastoadado pelas adherencias,



os resultados da anestesia local são menos brilhantes, sentindo o paciente algumas dores.

No primeiro caso, depende este insucesso parcial do processo inflamatório agudo, e no segundo da tração sobre o ceco e apendice, a qual distende o peritoneo e meso-apendice, tração esta que é indiscutivelmente dolorosa.

Entretanto, mesmo nestes casos, deveremos inicialmente tentar e praticar a anestesia local, que nos traz um invejável silencio abdominal, que permite facéis manobras na intervenção. Se for necessario, poucas gotas de eter, administradas na ocasião da extirpação do apendice (pesquisa, isolamento e extirpação propriamente dita, com o tratamento do coto apendicular), completarão a anestesia.

Nas apendicites operadas a frio, nas apendicites cronicas a anestesia local dá ótimos resultados, como provam os resultados obtidos nas anestésias praticadas em nosso serviço de cirurgia hospitalar. Exceptuam-se os casos de apendices encastoados, principalmente os de localização retro-cecal.

Seguindo estritamente as regras estabelecidas e não esquecendo nenhum detalhe de tecnica, temos obtido anestésias, que nos permitiram praticar as apendicectomias sem o auxilio da ação complementar dum anestésico geral e sem que o paciente sentisse dores.

Assim, pois, somos partidarios de iniciar sempre a anestesia dos pacientes de apendicite por uma anestesia local, seguida da administração de pequena quantidade de um anestésico geral, se tal se fizer necessario, o que sóe acontecer com relativa raridade.

O processo de anestesia local para apendicectomia, usado no serviço da 2.<sup>a</sup> cadeira de Clinica Cirurgica, é uma modificação e um aperfeiçoamento da tecnica inicial de Braun, ao qual o Prof. Guerra Blessmann acrescentou a anestesia visceral por imbibição de Payr e a variante de Hesse (infiltração do meso apendice), modificando ligeiramente as linhas de infiltração da anestesia da parede abdominal.

Esta tecnica, compõe-se dos seguintes tempos principaes, a saber:

- 1) infiltração da parede abdominal (subcutanea e muscular);
- 2) infiltração do peritoneo;
- 3) imbibição da região ceco-apendicular, e
- 4) infiltração do meso-apendice.

1) Para execução deste tempo, devemos começar por praticar quatro botões intra-dermicos, localizando um, a um dedo transverso para dentro da espinha iliaca anterior e superior D; outro ao nivel do orificio externo do canal inguinal D; o terceiro sobre a linha mediana, na intersecção desta linha com a linha bi-iliaca; e finalmente o quarto botão, ao nivel da linha horizontal que passa pela cicatriz umbelical, na intersecção duma linha vertical, que sobe do botão intra-dermico, correspondendo ao orificio inguinal externo D.

Desta maneira fica constituído um losango, cujos angulos devem ser reunidos por linhas de infiltração sub-cutanea, muscular e peritoneal.

Devemos aqui salientar que o losango por nós usado difere do losango de Braun, que é irregular.



Braun localisa o angulo superior, numa linha vertical que parte da espinha iliaca anterior e superior D, logo abaixo do rebordo costal, e deste ponto traça uma linha de infiltração obliqua para dentro e para baixo, que não atinge a linha mediana, terminando uns dois dedos transversos da linha mediana, na linha bi-iliaca. O angulo inferior localisa-se tambem mais ou menos ao nivel do orificio inguinal externo D.

2) Após incisão da parede abdominal, inclusive peritoneo, que deverá ser reparado por pinças de Mikulieks, procede-se a infiltração do mesmo, a partir do bordo seccionado, com linhas obliquas para cima e para baixo, usando 10 a 15 ccs. de solução para cada lado da incisão.

3) Em seguida introduzem-se tres gazes embebidas em solução de néotutocaina (pantocaina dos alemães) a 2%, na cavidade abdominal, uma para dentro, outra para fora e a terceira para cima, mas todas para traz, afastando o intestino delgado e procurando localisa-las na região íleo-cecal (ceco-apendicular), onde permanecerão uns cinco minutos.

4) Uma vez pingado o apendice e exteriorizado suficientemente para podermos localisar o meso-apendice, este deverá ser infiltrado com solução anestésica, antes de ser ligado e seccionado. Por ocasião do pingamento e da exteriorisação o paciente ás vezes acusa ligeira dôr provocada pela tração.

A' solução a 1% adicionamos para 100 ccs. 1 cc. de solução millesimal de cloridrato de adrenalina (Parke-Davis), enquanto que a solução a 2%, destinada a anestesia por imbibição (superficial), deverá ser isenta de adrenalina.

Desta descrição podemos deprender que a tecnica por nós usada no serviço da 2.<sup>o</sup> cadeira de Clinica Cirurgica apresenta reaes vantagens e é tecnicamente diferenciada dos outros metodos, pelo que resolvemos denomina-lo, com justiça, de tecnica do Prof. Guerra Blessmann.

Com este processo temos realizado nossas anestésias locais nas apendicectomias, no serviço de cirurgia da 2.<sup>a</sup> Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina desta capital, e cujos resultados descrimamos abaixo no relato das observações.

Hans Havlicek preconiza, em seu ultimo trabalho de recente publicação, o uso taxativo da anestesia local nas intervenções quando ha peritonite, principalmente quando estas reconhecem como causa a apendicite.

Usa uma tecnica modificada em relação á que acima descrevemos e afirma que com este processo consegue ótimas anestésias, mesmo nos casos mais agudos.

Sómente um pequeno numero de casos, no momento da manipulação das visceras (apendice, meso-apendice e ceco nas apendicectomias, e intestino delgado e grosso nos casos de peritonite) lança mão de algumas gotas de cloretila, em rarissimas ocasiões utiliza algumas gotas de eter.

Fixemos agora em rapidas linhas a tecnica descrita por Havlicek:

Mais ou menos dois dedos transversos para dentro da espinha iliaca anterior e superior D, localisa-se um botão intra-dermico. Deste ponto parte-se com uma agulha de 8 cm. de comprimento, em direção obliqua pelos tecidos até ao peritoneo inclusive, infiltrando uma faixa mus-



culo-aponeurotica-peritoneal, que corre paralelamente á arcada de Poupart. Em sequencia: grande obliquo, pequeno obliquo e transverso. Após ter-se atingido este ultimo musculo, depois de o ter infiltrado, deve-se nele localisar um grande deposito de soluçãõ antesima. Este deposito intercepta completamente a conduçãõ sensitiva do peritoneo.

Do botão intra-dermico devem ainda partir duas linhas de infiltraçãõ anestésica, a primeira sub-cutanea e sub-aponeurotica e em direçãõ á linha mediana, cortando deste modo a inervaçãõ espinal da regiãõ ileo-cecal. A segunda linha é dirigida do botão intra-dermico para o ligamento de Poupart, com mais ou menos 2 a 3 em. de comprimento, e termina a anestesia da parede abdominal.

Comparando as duas tecnicas, a de Havlicek e a do Prof. Blessmann, verificamos que esta ultima apresenta sensivel vantagem, se tornarmos em vista a questãõ da incisãõ. Havlicek por suas linhas de infiltraçãõ sómente poderá prolongar a incisãõ operatoria par baixo, enquanto que nós com o losango poderemos tambem prolonga-la para cima, o que ás vezes se torna necessario.

Entretanto achamos de valor a terceira linha de anestesia de Havlicek, tendendo a eliminar a sensibilidade profunda do peritoneo pela anestesia do nervo genito-crural, linha esta que sempre praticamos nas anestésias locais das hernias inguinaes.

Assim, pois, iremos de ora em diante acrescentar mais esta linha de anestesia ao processo por nós usado.

Ainda mais, Havlicek não fecha as linhas de infiltraçãõ em baixo e para dentro, enquanto que nosso losango fecha por completo o campo a operar.

Havlicek pode deixar de fechar o circuito anestésico, pois ele usa sempre a incisãõ de Roux, enquanto que nós empregamos a pararectal, e portanto devemos temer as anastomoses nervosas ao nivel do reto abdominal de maneira que, fechando o losango, evitamos a conduçãõ sensitiva por possiveis filetes nervosos vindos do outro lado do abdomen.

Já para Havlicek tal não é necessario, pois a incisãõ é feita em tereno, no qual não devem existir este filetes nervosos.

O legitimo losango de Braun, que é irregular, tambem tem a desvantagem, que ante o nosso apresenta o processo de Havlicek, pois, a linha superior de infiltraçãõ, relativamente baixa, impede num caso de necessidade a prolongaçãõ para cima da incisãõ operatoria.

Assim, pois, acreditamos que os melhores resultados podem ser colhidos com associaçãõ da tecnica integral do Prof. Blessmann com a terceira linha de infiltraçãõ de Havlicek.

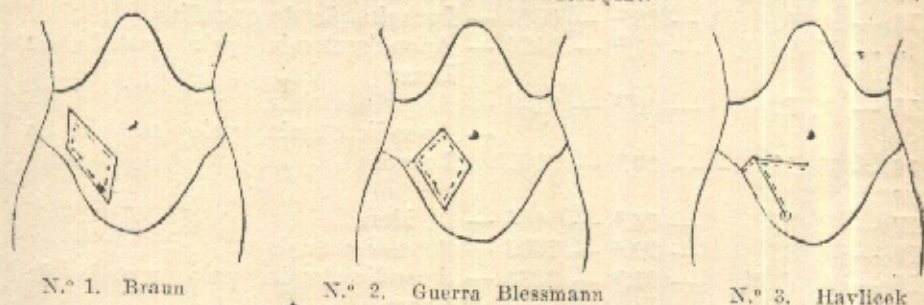
A tecnica que temos usado alem das diferenças assinaladas, distingue-se das outras, porque antes da infiltraçãõ do meso apendice, lançando mão dum exelente anestésico por imbibição, a neotutocaina, suprimimos no todo ou em parte a sensibilidade mais ou menos acentuada que todos acuçam no momento do pinçamento e exteriorisaçãõ do apendice.



## RESUMO

Ao contrario da antiga afirmativa de Braun, os resultados da anestesia local nas apendicectomias podem ser ótimos no que se refere ás apendicites crônicas e relativamente bons nas apendicites agudas, nos apêndices retro-cecaes e nas peritonites.

## LINHAS DE INFILTRAÇÃO



N.º 1. Braun

N.º 2. Guerra Blessmann

N.º 3. Havlicek

NB: — infiltração sub-cutaneo  
 - - infiltração intra-muscular

O silencio abdominal observado nas anestésias locais representa a maxima vantagem deste metodo de anestesia, razão pela qual toda a apendicectomia deverá ser iniciada sob anestesia local, recorrendo-se á anestesia geral nos casos necessarios.

No trabalho acima, após descrição das técnicas de Braun, do Prof. Guerra Blessmann e de Havlicek, fizemos um estudo comparativo das mesmas, concluindo pela maior vantagem da segunda associada á terceira linha de infiltração de Havlicek.

## OBSERVAÇÕES

De apendicectomias praticadas sob anestesia local no serviço da 2.<sup>a</sup> cadeira de Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Iniciaes	Edade	№peleta	Intervenção
1933			
1 — D. S.	— 22. <sup>a</sup>	— 7249	— Apendicectomia
1934			
2 — J. L. P.	— 30. <sup>a</sup>	— 931	— idem
3 — M. G.	— 24. <sup>a</sup>	— 1271	— idem
4 — S. P.	— 26. <sup>a</sup>	— 1719	— idem
5 — J. L. D. A.	— 23. <sup>a</sup>	— 1618	— idem
6 — A. C.	— 25. <sup>a</sup>	— 2982	— Apendicectomia pelo metodo de Lexer



1934	Iniciais	Edade	Qapeleta	Intervenção
7	R. W.	— 24. <sup>a</sup>	— 3031	— Appendicectomia
8	D. I. S.	— 21. <sup>a</sup>	— 3452	— idem
9	P. A. S.	— 54. <sup>a</sup>	— 3072	— idem
10	P. S.	— 37. <sup>a</sup>	— 4537	— Appendicectomia retrograda
11	M. W.	— 34. <sup>a</sup>	— 6401	— Appendicectomia pelo metodo de Lexer
12	A. B. S.	— 24. <sup>a</sup>	— 6616	— idem
13	A. A.	— 22. <sup>a</sup>	— 6784	— Invaginação do apendice
14	N. S. G.	— 21. <sup>a</sup>	— 8438	— Appendicectomia pelo metodo de Lexer
15	A. P.	— 18. <sup>a</sup>	— 9150	— Appendicectomia — Appendicectomia pelo metodo de Lexer
16	E. M.	— 30. <sup>a</sup>	— 9901	— Lexer
1935				
17	P. R.	— 28. <sup>a</sup>	— 484	— idem
18	J. R.	— 29. <sup>a</sup>	— 1705	— Appendicectomia
19	A. J. S.	— 31. <sup>a</sup>	— 2833	— Appendicectomia pelo metodo de Lexer
20	M. G.	— 33. <sup>a</sup>	— 3199	— Appendicectomia
21	O. G. P.	— 41. <sup>a</sup>	— 4538	— Appendicectomia pelo metodo de Lexer
22	O. L.	— 18. <sup>a</sup>	— 7101	— idem

NB: Nos casos de apendicites cronicas, foi sempre feita a anestesia com a seguinte tecnica:

Anestesia por infiltração da parede, inclusive peritoneo, com uma solução de Neotutocaina a 1 p. mil; e por imibição da região ceco-apendicular com uma solução a 2 p. mil; em alguns casos infiltração do meso apendice com solução a 1 p. mil.

NB: Os casos acima referem-se a apendicites cronicas e os resultados obtidos foram sempre ótimos.

#### BIBLIOGRAFIA

- BRAUN H. — Die örtliche Betäubung — 6.<sup>a</sup> edição.  
Leipzig — Johann Ambrosius Barth — 1921.
- HESSE, LENDLE, SCHOEN — Allgemeinnarkose und örtliche Betäubung.  
Leipzig — Johann Ambrosius Barth — 1934.
- HIRSCHEL G. — Lehrbuch der Lokalanästhesie — 3.<sup>a</sup> edição.  
Munich — J. Bergmann.
- KLEINSCHMIDT O. — Chirurgische Operationslehre.  
Berlin — Julius Springer — 1927.
- PAUCHET V., SOURDAT P., LABAT G. et DORMONT R. — L'anesthésie régionale.  
Paris — Gaston Doin & Cia. — 1927 — 4eme. edition.



Para a tosse e suas funestas  
consequencias, uzar sómente  
**Peitoral de Angico Pelotense.**

E' firo e queda.

## EQUILIBRIO

DO

### SYSTEMA NEURO-VEGETATIVO GASTRO-INTESTINAL

#### FORMULA:

Atropina (Sulf.) . . . . . 0,004

Eserina (Salicyl) . . . . . 0,006

Extr. ll. Rhamnus purshiana,  
sem amargo, . . . . . 10 c.c.

Vehiculo q. s. para 100 c.c.

DOSE: Uma colherinha de  
café antes das refeições.

DESEQUILIBRIO  
VAGO  
SYMPATICO  
GASTRO-INTESTINAL

ENTEROTONUS

Prisão de ventre rebelde  
Perturbações do plexo solar  
Dyspepsia nervosa  
Meteorismo - Aerocolia  
Aerofagia - Colites

**ENTEROTONUS**

O

**PODEROSO REGULADOR**

Laboratorio do "FLUOCAL" - Pedro Breves & Cia.  
Cw. Mem. de Sá, 216 - Rio de Janeiro



Injeções indolores  
de  
**MERCURIO - GLYCEROPHOSPHATO - CACODYLATO**  
**PHOSPHARGYRIO**

A associação tónica corrige a acção depressora do mercurio  
e combate a anemia secundaria da syphilis.  
Uma injeção diaria ou em dias alternados.

Laboratorio Gross - Rio de Janeiro

**CAPSULAS DE TYMOL E FETO MACHO**  
**DE "CAMARGO MENDES"**

ESTAS CAPSULAS FACULTAM O EM  
**PURGAM POR SI, EXPELLINDO**  
PREÇO DO TYMOL COMO VERMIFU.  
**OS VERMES DO AMARELLÃO**  
DO EM DOSE INNOCUA COM ABSO-  
**AS LOMBRIGAS**  
LUTA SEGURANCA GRACAS AO YEU  
**OS OXYUROS E OS**  
ESTADO DE DIVISAO NO EXTRACTO  
**TRICOEPHALOS**  
DE FETO MACHO

CAPSA 3110  
RUA LAB. PH. INDUSTRIAL  
**"CAMARGO MENDES"**  
S. PAULO

# GLYCOSORO

O melhor contra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chloretada  
Uma injeção diaria ou em dias alternados

SORO GLYCOSADO  
PHOSPHO-ARSENADO  
COM OU SEM  
ESTRYCHNINA

Laboratorio  
**Gross**  
Rio de Janeiro



## Conferencias

### Conferencia de abertura dos cursos pelo Prof. Bullrich, da Faculdade de Medicina de Buenos Aires.

Durante o meu decanato é a segunda vez que me cabe declarar abertos os cursos do ano escolar ante a assembléa de professores e alunos aqui reunidos.

Seguindo velha tradição que, aliás, jamais foi quebrada, cumpre ao decano essa incumbencia. Ao mesmo tempo, conforme praxe antiga, em tal circunstancia, faz uma chronica do momento universitario, ausculta-lhe o pulsar, e comentando seus defeitos, aconselha novos roteiros.

Em resumo: Perfaz uma sintese clinica. O que neste caso não oferece reais dificuldades, pois, graças a Deus, desfruta por agora o paciente de uma saúde ótima.

Iniciam-se os cursos auspiciosamente em periodo realmente feliz para nossa escola. Excele a preocupação pelo estudo. Em face da missão a cumprir, paixões de campanario, estremeedoras da envergadura moral dos homens, emudecem de imediato.

Esfuma-se o borborinho da cidade de encontro aos umbrais desta casa, onde o ambiente sereno das aulas impõe silencio ao bulicio exterior.

Praza a Deus, que as horas de sossego se multipliquem por vasto tempo em os nossos claustros!

Empenhados como estamos no melhorar do nivel intelectual dos estudos medicos, temos a convicção de que cumprimos com a verdadeira tarefa de universitarios. Crêmos indispensavel para o mais alto prestigio da Universidade Argentina que a instituição por nós dirigida prepare profissionais dignos expoentes de nossa ciencia, pela seriedade de nossas disciplinas. Ser-lhes-á o diploma o reflexo fiel, o titulo prestigioso que infunda respeito a quem o contemple de par com o justo orgulho do portador.

Para que isso se possibilitasse em grau eminente, urgiu modificar os planos de estudo de Medicina em 1932 e de Odontologia em 1933. E si bem é certo que agravámos assim vossas tarefas, jovens estudantes, não é menor a ufania correlata que tereis ao sair graduados do seio de vossa "alma mater", ostentando com orgulho o pergaminho que vos ha-de outorgar a Faculdade de Ciencias Medicas de Buenos Aires.

Ponhamos neste empenho de superação, mestres e alunos, a decisão e a disciplina ferrea que são necessarios para levar avante uma grande obra.

Mantenhamos alto o conceito unanime de que nossa Escola é e deve



Foram eles os primeiros medicos... Neles haviam depositado os deuses a faculdade de curar.

A profissão deles, mixto de ciencia empirica e cabalas, era olhada com respeito, e qual um poder sobrenatural.

Bem sabemos que o misterio e a sugestão influíam na cura de muitos males, com efficacia maior do que a pouca ciencia dos sacerdotes de Esculapio.

Dava-lhes, porém, a investidura divina que os aureolava muito maior prestigio do que gozamos os medicos de hoje, apesar da bagagem scientifica muito maior, mas, destituídos, aos olhos de outrem e aos nossos mesmos, desse poder sobrenatural que infunde a fé. Possuidor de influencia tão profunda sobre a inexgotavel redulidade do padecente, soffregio de cura, em primeira instancia por intermedio nosso, em segunda e ultima por intervenção de Deus.

Permiti-me citar a proposito anedota bastante eloquente: Quando se mudou o nome do velho "Hospital S. Roque" pelo de Dr. José Maria Ramos Mejia, mestre insigne, fundador da Assistencia Publica, alguém, cujo nome me escapa, objetou com muita argucia: E' um erro, São Roque foi muito melhor medico do que Ramos Mejia".

Ao despojar-nos a ciencia ceptica de nosso nimbo de misterio e das credenciais de ministros plenipotenciarios da divindade com que antanho nos adornavam, ficámos entregues a nossos pobres meios naturais. Privou-nos de nosso melhor apoio.

E ao arrefecer o misticismo em nosso coração, acaçapou-nos, restringindo nossos recursos em face da dôr humana, cavando nossa impotencia ante a morte.

E si novo conceito de alta moralidade ética, feito de amor a Deus na pessoa de suas criaturas ha de restituir na evolução da sociedade humana o velho espirito da idade media, como apregoa profeticamente Nicolau Bardiaeff, vêde até que ponto pôde alcançar o espirito universitário.

Na historia das instituições, com os periodos de decadencia coincidiram sempre periodos de ateismo, como si o homem fugisse de sua propria consciencia para desfazer-se de suas faltas.

Em compensação, nas epochas de alto renascimento cultural e moral, coincidiram com um nobre espirito religioso, tal como o mesmo Berdiaeff profetiza para um porvir não longinquo.

Isso explicar-vos-á, como imbuidos desse espirito, queremos elevar nossa Universidade mais alto do que ao nivel de uma simples escola profissional.

Não quero alarmar aos que contemplam com suspicacia tudo o que pareça recender a reação.

Quero ser explicito em meu conceito para que bem me compreendais.

Para isso, bastará tomar como exemplo a qualquer das velhas Universidades germanicas ou saxonicas em que ainda subsiste o velho espirito tradicional.

Em todas elas, seja qual fôr o credo teologico, veremos primar um alto respeito pela dignidade dos mestres. Um espirito de corporação que os constitui em verdadeiras confrarias. Uma solidariedade que é a pro-



continuar a ser a primeira da America do Sul e uma das primeiras do mundo.

Si na tarefa de superação indefessa, não se põe o misticismo necessario para levar a cabo toda obra de alento e folego, não conseguiremos a essencia imprescindivel para prosseguir o ascendimento.

Foi a divina obsessão que permitiu o triunfo de todos os grandes ideais.

Ela é que estabelece os propositos todos. Sem ela, em mais nada redundariam esses, do que em êxito fugaz de materialidade esteril.

Por uma justiça fatal de leis sempiternas, nossa epoca anda fustigada por um super-materialismo corruptor. Justamente por falta de ideais, está sofrendo golpes tão rudes em sua organização institucional.

Nem poderá salvar-se ou perpetuar as conquistas e com elas a civilização do ocidente, de que tanto nos envaidecemos, si lhe não infundirmos vigoroso sopro de idealismo que seja a alma de nossa cultura.

A melhora do padrão material da vida humana tão ansiosamente procurado pelo seculo dezanove, chegou a ser, antes da actual depressão, o orgulho ofuscante, mas, ai!, tão efemero da grande Republica da America do Norte! Pois bem! Jamais será, ela mesma, obra definitiva, si, para a perpetuar e enaltecer, não houver o empenho de melhorar o padrão da alma humana.

Eis aí, a missão da juventude do seculo XX. Permitti-me que cerre fileiras a vosso lado, enquanto me restar um anélito de mocidade!

Kaiserling, pelo excesso de tecnicismo e maquinismo de nossa epoca, cognominou-a de era do "chauffeur".

A sêde de lucro e gôzo material afundaram-nos num feroz egoismo sem Deus.

Perderam as profissões liberais o elevado espirito de seu sentido filosofico e social.

Estritamente técnico, succedeu o médico de hoje, em poucos lustros, ao velho médico de outróra, conselheiro e amigo, confessor de almas, consolo para o que sofre, esperança sempre renovada para os torturados...

E' este um dos exemplos mais típicos do mal de nossa epoca. Uma consequencia da Medicina sem Deus. Sem um conceito ideal da vida humana.

Por esse motivo, nas diretrizes novas da humanidade, a busca ansiosa de Deus é uma idéa fixa dos homens que têm por missão guiar a marcha dos povos.

Negá-lo, consubstancia o mais crasso dos erros. Só o fará quem ignora a sêde de ideal que angustia a especie humana. E' mais do que um erro. E' um crime. Pois, amordaçar esta ansiedade de aperfeiçoamento espiritual, pelo mais elevado, pelo excelso, é apagar a chispa, a centelha que diferencia o homem do animal, da besta.

E' arrancar-lhe esse desejo de superação, de excelsitude, que é a fonte de toda a beleza, de tudo aquilo que é grande, bom e santo e dignifica a vida de nossa especie.

Nossa profissão é para os antigos de origem divina. Desde as religiões mais primitivas até as mitologias mais evolvidas, a doença era castigo dos deuses e a cura, obra dos sacerdotes.



pria consequência disso. Um amor á tradição que não admite nem por brinquedo modificar costumes do passado, mesmo quando pudessem parecer pueris. E da parte dos mestres, um conceito tal de sua dignidade, da ética e da missão a cumprir que poderiam parecer excessivamente rígidos sob suas togas e capêlos, si se não soubesse que tudo isso é consequência de convicções inamovíveis, tão respeitáveis e dignas como a frase de Moynihan que redarguiu a um colega argentino ao convidá-lo para operar no Serviço:

“Não conheço o doente, não lhe sei o nome, nem se é casado ou tem filhos. Nem sequer com ele conversei. Apenas não se deve esquecer que em uma sala de operações Deus está sempre presente”.

Não é preciso mais, Senhores, para compreender que nesses institutos existe uma tal união, uma tal beleza moral que até as velhas paredes ensinam dia por dia aos jovens estudantes que passeiam pelas galerias, que existe alguma coisa mais do que pedras, porque cada um tem uma alma, alguma coisa mais do que doentes, porque existe em cada um, o irmão que sofre, alguma coisa mais do que livros, porque existe em sua essência mais do que na letra, ansia profunda de superação, de elevação humana. E mais do que um título profissional, em missão de caridade fraterna que é quasi um sacerdocio. Que existe alguma coisa de realmente sagrado no coração, no livro ou na pedra e que em todo o sagrado se revela o espirito de Deus.

Porisso, não basta que uma Faculdade de Medicina o seja de nome para que o seja como entidade espiritual com todo o prestígio que isso significa.

*Crear Faculdades ou Universidades por leis ou decretos, é crear organismos sem alma.*

As conveniências politicas sempre colidem com o espirito universitario.

Porisso é que nos compreendemos mutuamente.

Enquanto as Faculdades fôrem viveiros de postos para colocar aos amigos politicos e para satisfazer com titulos illusorios pequenas vaidades. Enquanto, porisso mesmo, os professores carecerem de autoridade sobre os alunos. Enquanto a existencia das Faculdades não corresponder estritamente a necessidades morais e materiais, muito cuidado!, muita atenção!, pois a criação delas atualmente mais do que uma necessidade, é um perigo. A existencia ser-lhes-á ficticia. Serão organismos politicos, isto é, organismos hostis ao espirito universitario.

A Universidade de Buenos Aires, mais do que centenaria, sedimentada e recomendada pela lembrança e o espirito de mestres que a honraram em muitas gerações, que cresce ao compasso dinamico da setima cidade do mundo, que é o eixo da cultura de um nucleo humano, cuja obra espiritual merece a atenção dos centros mais eruditos da Europa milenaria, tem sabido contornar estes escóelhos a que me referi e por isso vêde á sua frente homens como o Sr. Reitor da Universidade. Não teriam aceito jamais guiar-lhe os destinos, si seu cargo não estivora rodeado de todos os prestígios, si seu titulo não exhibisse todo o esplendor de inatacabilidade e si sua missão não houvéra toda a excelstitude indispensavel para o desempenho de alto sacerdocio-moral.





# CELLONA

A APERFEÇOADA ATADURA GESSADA ALEMÃ

- 1 PRONTA PARA USO IMEDIATO
- 2 METADE DO PESO
- 3 APLICAÇÃO LIMPA
- 4 MUITO ECONOMICA
- 5 CORTADA, O RESTO CONSERVA-SE BEM NA LATA

LATAS DE FOLHA COM 1 E 12 PEÇAS NOS TAMAHHOS USUAIS

O HODIERNO CIRURGIÃO APLICA SÓMENTE ATADURAS GESSADAS "CELLONA"

# FLUOCAL LECITHINADO

EMULSÃO  
AQUOSA  
ESTAVEL

DE CALCIO  
ORGANICO,  
MAGNESIO

E LECITHINA  
DE  
OVO

REMINERALIZA  
E  
RECALCIFICA

TONIFICA  
O  
ORGANISMO

TONIFICA  
O  
SYSTEMA NERVOSO

TUBERCULOSES  
LYMPHATISMO  
CHLOROSE

EMMAGRECIMENTO  
ANEMIAS  
CONVALESCENÇAS

NEURASTHENIA  
CANSAÇO CEREBRAL  
ESGOTAMENTO NERVOSO



A preparação de **bismuto** que tem a preferência da classe Médica do país para combate energico á

# Sifilis

em adultos e crianças.

# Natrol

(Tartaro bismutato de sódio)

Pelas seguintes razões:

- |   |   |                     |
|---|---|---------------------|
| 1 — Sal solúvel — Ação pronta               | } | Tolerancia perfeita |
| 2 — Indolor                                 |   |                     |
| 3 — Atóxico                                 |   |                     |
| 4 — Eficaz — Confiança na ação terapeutica. |   |                     |

Injecções intramusculares — 2cc. = 0,038 Bi

Pomada de NATROL — Cicatrizante — espirilicida.

## TERAPEUTICA MARCIAL DAS ANEMIAS EM GERAL

Pelo ferro fisiologico, directamente assimilavel, das preparações de

### Oxi-Hemoglobina

L. C. S. A.

(Elixir ou Xarope)

Medicação regeneradora do glóbulo vermelho.

Reconstituinte opoterapico do sangue.

Produtos ricos em hemoglobina, de tolerancia absoluta, ótimo sabor, estimados pelas crianças.

Pelos sais de ferro e arsenico, que constituem a base da

### Ferrottonina

(citrato de ferro+arseniato de sódio)

Formula do Prof. Austregesilo.

Empólas

Injecção indolor — Efeito rapido.

Carlos da Silva Araujo & Cia. — Caixa Postal, 163 — Rio de Janeiro.

Agente em Porto Alegre — Fausto Sant'Anna — R. Siqueira Campos, 1257

Agente em Pelotas — Bohns & Carneiro — R. Marechal Floriano, 115.



Senhores Professores! Não precisais nenhum conselho de mim. Nem tomaria a liberdade de lh'o dar. Sei da vossa capacidade e do amor a esta casa.

Bem que alguns espiritos derrotistas chorem por epochas passadas, seja-me permitido afirmar com toda a veneração que devo aos grandes nomes que cimentaram nossas glorias medicas e foram nossos mestres, que jamais congregou esta Faculdade um nucleo de docentes mais illustrado do que na epocha atual.

Devido é isso em parte á severidade das disciplinas que os levaram á cathedra, á emulação que isso significa, ao prestigio do titulo que é consequencia de vossa propria obra e ao espirito de colaboração e de disciplina de nossos auxiliares na docencia que compreenderam quão necessarias são a unidade de ação e no dirigir.

Compreendereis assim meu orgulho de ser vosso Decano. E mesmo que ao declará-lo me vista com as plumas do galo, seria suficientemente modesto como que para precatar-me contra o pavoneio do prestigio que vós conferis a meu cargo e a vangloria de gabar-me das honras e louvores que proporeiona o luxo de exaltar-me com um titulo que será enaltecedor como se quizer, mas autor de muitas dores de cabeça com o corollario de responsabilidade gravissima.

Jovens alunos: Sois nossas esperanças e nossos herdeiros. Fazei de modo que em nenhum momento no decurso de vossa carreira tenhamos a desilusão de pensar que não sois dignos do esforgo que se vos exige para o prestigio de nossa casa e de vossos futuros titulos para a missão social que nos caberá desempenhar e por sobre tudo isso para maior gloria de nossa patria, cujo engrandecimento vos incumbe continuar no porvir.

Lembraí-vos de que no dia do juramento hipocratico, ao receber vossos titulos, havereis de jurar pela patria. Ao fazê-lo assim, lembraí-vos, de que si algum dia claudicardes na rectidão de vossos deveres, ao faltar a vosso juramento, tereis feito traição á Patria, que é o emblema mais sagrado para todo homem que tenha honra e consciencia do que são a tradição, a familia, o lar, a obra do passado sobre que assenta nosso proprio labor, o sacrificio dos que nos precederam para deixar-nos um lar puro sobre uma terra livre.

Havereis de adquirir, pois, no decurso de vossa carreira, não só os conhecimentos necessarios para a obtenção de vossos diplomas, mas tambem a madureza moral indispensavel para encarar a vida de frente, conscientes de vossas responsabilidades e da gravidade de vossa missão.

Pela tradução

*Dr. Mario Bernd.*



## Das revistas

---

### DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA NORTE-AMERICANA

(Fortschritte der amerikanische Chirurgie)

de *Dr. José K. Narat* — Chicago

(Zblt. f. Chrg. — 1936 — n.º 13 — pag. 739)

Campbell, Meyerling e Coley discutiram no ultimo Congresso da Sociedade Norte Americana de Medicina, os tumores osseos primarios. A classificacão dos tumores osseos por eles apresentada, foi a seguinte:

	Benignos	Osteoma Osteocondroma Condroma Tumor de celulas gigantes
Tumores osteogeneticos	Malignos (sarcoma)	Osteolitico Condromixoma Condrioblastico Condrosarcoma Fibrosarcoma Osteoblastico
Tumores não osteogeneticos — Malignos		Mieloma endotelial (Ewing) Mieloma Fibrosarcoma periostico

Ewing declarou-se contrario á biopsia, em se tratando dos tumores osseos malignos, pelo perigo das metastases, mas Meyerling aconselha a biopsia para facilitar o diagnostico precoce.

Os tres autores acima mencionados usam a toxina de Coley no caso de mielomas endoteliais (Ewing). Empregam-na tambem para evitar as metastases dos sarcomas osteogeneticos.

Morrison estudou 200 casos de perfurações agudas de ulceras gastro-duodenaes: 195 homens e 5 mulheres. 25% não tinham apresentado sintomas anteriores de ulcera; 15% não tinham tido vomitos e 9% nem náuseas tinham tido. 50% dos casos tinham ainda algumas horas após a perfuração, temperatura, pulso e respiração normaes. Mortalidade post-operatoria 21%.



Kendall, após estudos iniciados ha  $1\frac{1}{2}$  anos, conseguiu preparar dois extratos de suprarenal, que dão, segundo este cirurgião, os melhores resultados na molestia de Addison. Pela relação que afirma ter com a tiroxina, acha Kendall que eles devem dar bons resultados na tireotoxicose aguda, afirmando que em breve iniciaria experiencias nesse sentido. Aconselha o emprego dos mesmos no preparo cirurgico de pacientes com Addison.

Na Clinica de Mayo, a raquialgesia pela novocaina com preparo de efedrina, é usada especialmente em pacientes que se apresentem com diabetes, afegões renaes, tuberculose pulmonar evolutiva, bronquicectasias, enfisema pulmonar, asma, bronquite cronica.

Mathews e Schnabel, rellam os resultados de interessantes estudos post-mortem realizados em casos de cancer do esofago e afirmam que em 20% dos casos o neoplasma não tinha levado a estenose.

R. Jaffé, combate a afirmação do aumento constante dos tumores malignos primarios do pulmão.

F. C. Messer e R. H. McClelan, afirmam que a reação da osteomielite tratada pelas larvas da mosca "Lucilia Siderata", é mais alcalina que a da tratada sómente pelo soro fisiológico, que é de ph 7,4. Usam larvas vivas esterilizadas.

R. Zollinger, dilatando as vias biliares, após colecistostomia, por meio duma pera de borracha (com manometro) adaptada a um dreno de borracha colocado na vesicula biliar ou no coledoco, conseguiu provocar sómente dores ao nivel do epigastro. Conclue afirmando que as outras irradiações dolorosas na colecistite, com ou sem colelitiase, são devidas ao processo inflamatório em si e não a distensão das vias biliares.

L. F. Sise preconisa o ciclopropano (antigo trimetileno) como anestesia ideal nas tireoidectomias.

Contrariamente a Messer e McClelan, Simmons usa uma substancia que extrae das larvas da mosca "Lucilia Siderata", substancia esta de fonte ação bactericida sobre o estafilococo aureo, o estreptococo hemolitico e o clostridium Welchii.

Judd e Hoerner estudam as ulceras pepticas do jejuno, que na Clinica de Mayo aparecem em 2,8% dos casos de gastro-jejunostomias. Acham que o metodo de Billroth I deverá ser preferido ao de Polya, nos casos de ulcera peptica do jejuno.

Cleveland nega a artrite tuberculosa primaria.

*Secco Eichenberg*, Setembro de 1936.

## NOVIDADES NO MUNDO CIRURGICO NORTE-AMERICANO

(Nenes aus der chirurgischen Welt in Amerika)

de Dr. José K. Narat — Chicago

(Zblt. f. Chrg. — 1936 — n.º 18 — pag. 1057)

Kline elogia o processo de Stewart no tratamento da osteomielite. A' uma solução a 0,25% de trinitrofenol em agua distilada, adiciona-se 8% de glicerina. Os tecidos são pulverizados com esta solução. Em seguida



a ferida é tamponada com uma solução esterelizada de 20,0 de carbonato de cálcio em 215,0 d'água destilada.

Claude S. Beck, relata as novas aquisições no terreno da cirurgia "Plástica" do coração. Novos vasos sanguíneos cardíacos são executados a custa de pericárdio, músculos torácicos (grande peitoral e intercostaes) e grande epiploon (puxado através do diafragma). Procuram formar uma circulação cardíaca colateral nos casos de esclerose coronária adiantada. Sucesso operatorio em 50% das operações.

Narat aconselha como antiséptico a solução a 1% de verde brilhante em 65% de álcool. Seu valor nas epidermofitoses é surpreendente.

Robison realça o valor da dosagem da fosfatase no caso do diagnóstico dos tumores ósseos. No caso de tumores benignos a taxa é normal.

Dragstedt, por experiências em cães, chega a conclusão que a causa primária da úlcera gástrica é a influência química do suco gástrico, tendo a infecção ou a hipermotilidade papel secundário.

Balfour da Clínica de Mayo, após estudar as técnicas operatorias empregadas em 1086 casos de úlceras duodenais crônicas, afirma ser a gastro-entero-anastomose a intervenção de escolha.

Lahey afirma que a úlcera gastro-jejunal reconhece como causa os seguintes fatores: diatese ulcerosa, hiperacidez, infecção, má técnica operatoria e tratamento médico insuficiente.

G. L. Cran preconiza o cloreto de ferro nas queimaduras; nas flictenas usa pincelagem da tintura e nas queimaduras ulceradas usa a seguinte solução:

Tint. cloreto de ferro .....	15,0
Hidroxido de sodio .....	0,30
Água destilada .....	30,0

A "ileíte" descrita em 1932 por Crohn, tem tomado vulto e é caracterizada por um processo inflamatório granulomatoso, ulcerado e estenosante da parte terminal do íleon. Terapêutica quasi exclusivamente conservadora, raramente cirúrgica.

E. A. Graham estabeleceu a seguinte seriação para as metastases do carcinoma pulmonar: fígado, suprarenal, cérebro, rim, pâncreas, baço e esqueleto ósseo.

Rogoff contraria a opinião de Crile sobre o resultado da secção dos nervos das capsulas suprarenais nos casos de molestia de Raynaud, de gangrena espontânea, de hipertensão, epilepsia, úlcera gástrica, bócio tóxico, diabetes, etc. Igualmente Rogoff contra-indica a extirpação parcial das supra-renais e a irradiação roentgeniana das mesmas. Perigo de molestia de Addison.

*Secco Eichenberg, Setembro de 1936.*



## Bibliografia

### NOTAS PRÁTICAS DE CLÍNICA MÉDICA

Adriano Pondé não é um desconhecido em nosso meio médico, pois, já nos habituamos a ler os seus bem lançados artigos vindos a lume nas melhores revistas do país, e o seu magistral trabalho, que serviu para o concurso de docência livre de Clínica Propedeutica, intitulado "Em torno da Arteria Pulmonar", é ainda hoje uma das mais valiosas contribuições que, sobre tão difícil e complexa matéria, já foram entre nós produzidas. Mas, agora, é um compendio de clínica médica e propedeutica, modestamente intitulado "Notas práticas de Clínica Médica" que o erudito e talentoso docente vem de publicar e sobre o qual mais longamente me quero referir. Sob duas facetas, sob dois aspectos, neste excelente livro, podemos apreciar a cultura e o engenho do autor: o do técnico, do propedeuta, e o do médico, do professor de clínica médica. Como propedeuta, revela-nos Pondé a magnífica orientação da Escola Baiana, tão sábia-avadores, poderão ser esquecidos ou menos presados, pois, constituem os processos clássicos de exame médico, que nunca, queiram ou não os inovadores, poderão ser esquecidos ou menos presados, pois, constituem os alicerces de todo o edificio diagnóstico, e as técnicas mais complicadas de laboratório, como possível é verificar da leitura dos capítulos "A parábola de Damoiseau", "Semiótica funcional do aparelho respiratório", "A radiologia e a estetoscopia no diagnóstico da tuberculose pulmonar", etc.

Ensinando clínica, é observador consciencioso, analista minucioso, raciocinador metódico, grande conhecedor da Arte.

Não era, aliás, de esperar outra coisa, pois, como já foi dito, o médico vale pelo que valem os seus conhecimentos de semiologia e, aqui, o semiólogo é completado pelo patologista, como dão fé estes magníficos capítulos de seu livro, "Etiopatogenia da nefrose lipoidica", "Fisiopatologia do diabete sacarino", "Icterícia sinchofenica", etc. A Pondé devemos, também, o conhecimento da etiologia exquistosomótica de alguns casos de nefrose lipoidica, a completar os trabalhos brasileiros sobre a matéria.

E', pois, com o maior prazer que, após ter lido, com muito gosto e proveito, o excelente livro do Prof. Adriano Pondé, que o recomendo a todos quanto esse interessam pela Medicina em geral e pelas letras médicas nacionais, em particular.

*Thomas Mariante.*



## Instituições médicas

---

### SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Da secretaria geral dessa ilustrada corporação, recebemos a seguinte comunicação:

“Exmo. Snr. Diretor dos Arquivos Rio Grandenses de Medicina.  
Cordiais saudações.

Tenho o prazer de comunicar-lhe que conforme lhes havíamos informado em nosso ultimo officio, realizou-se nesta Capital o primeiro Congresso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia que foi, aliás, o primeiro Congresso da especialidade que se reuniu na America do Sul.

A sessão inaugural efetuou-se com toda a solenidade no dia 1.<sup>o</sup> de Junho corrente, sob a presidencia do Prof. Luiz de Rezende Puech, catedratico de Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nessa ocasião o Prof. Vitorio Putti, nosso convidado de honra, proferiu uma memoravel conferencia, sobre a “Cirurgia Ortopedica na Medicina Contemporanea”, na qual demonstrou que a Ortopedia nos seus novos rumos abrange num sentido amplo a cirurgia do aparelho locomotor, e por isso mesmo a Traumatologia lhe deve estar ligada indissoluvelmente.

Nos dias subsequentes efetuaram-se as sessões ordinarias das quais participaram especialistas de numerosos Estados do Brasil, apresentando contribuições de grande atualidade que junto incluímos.

Além destas contribuições cumpre assinalar um trabalho de grande originalidade do Prof. Luiz de Rezende Puech, sobre “Artrrodese anterior tibio tarsica por enxerto ósseo no tratamento do pé calcaneo paralitico inveterado”, fixando uma nova tecnica para o tratamento dessa deformidade, documentada por casos acompanhados durante 10 anos. Um trabalho do Prof. Barros Lima sobre a tuberculose osteo-articular no meio brasileiro, estudou novos aspectos de seu tratamento.

O Congresso apresentou duas moções ao Governo Federal: uma fundamentada num trabalho estatístico do Dr. Renato da Costa Bomfim, focalizando o problema da invalidez consecutiva aos accidentes do trabalho, demonstrando a necessidade de assegurar-se ao trabalhador uma assistência médica mais eficiente com os amplos recursos da traumatologia contemporanea; outra demonstrando a necessidade de ampliar o aparelhamento assistencial para o tratamento das tuberculosas osteo articulares, fundamentada num trabalho do Prof. Barros Lima.

Durante a sessão de encerramento foram eleitos membros honorarios



desta Sociedade os Professores Vitorio Putti, de Bologna, Fred. Albee, de Nova York e Ombredane, de Paris.

Oportunamente enviaremos os anaes deste Congresso.

O proximo Congresso se realizará em Julho de 1937, no Rio de Janeiro, sob a presidencia do Dr. Aquiles de Araujo, havendo sido escolhidos os seguintes temas: "Lixação congenita do quadril no Brasil" e "Fratura do côlo do femur".

Serão relatores da primeira questão os Professores Rezende Puech e Barros Lima, e da segunda os Drs. Eliseu Guilherme e Domingos Define.

Esperamos que de agora em diante se intensificará o nosso intercambio cultural pela aproximação mais frequente que os Congressos certamente proporcionarão entre os varios nucleos científicos do paiz.

Aproveito o ensejo de renovar os protestos de minha alta estima e consideração.

S. Paulo, 30 de Junho de 1936.

*Renato da Costa Bomfim*  
Secretario Geral.

*Lista Geral dos trabalhos apresentados no Congresso Inaugural  
da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*

- L. REZENDE PUECH — "Artrodese anterior tibio tarsica por enxerto ósseo no tratamento do pé calcaneo paralitico — Processo pessoal".
- BARROS LIMA — "Neurofibromatose cutanea e óssea. Hipertrofia de um membro inferior".
- A. DE ARAUJO — "Síndrome cruro-vesico-gluteo por agenesia total do sacro coevox (com um film)".
- A. E. LONGO e J. MORETHZSOHN — "Contribuição ao estudo da molestia de Duplay".
- A. AMORIM — "A proposito da contra indicação do aborto nas gravidas com Mal de Pott lombar".
- A. LIVRAMENTO BARRETO — "O processo de Bordier no tratamento das paralisias infantis".
- D. ITAPEMA ALVES — "Vicios de atitude na idade escolar e ginastica corretiva (com um film)".
- D. REZENDE e I. D. FRASCA — "Tratamento das fraturas supracondilianas do humero na idade infantil pela tração óssea".
- D. DEFINE — "Considerações sobre alguns casos de lesões das fibro cartilagens do joelho".
- E. GUILHERME — "Contribuição estatística sobre o tratamento ortopedico das fraturas do femur".
- M. WEINBERGER — Contribuição estatística ao estudo das fraturas da coluna vertebral observadas no H. P. S."
- F. COIMBRA — Um caso de disjunção de apofise sacralizada — Apofisectomia — Cura".
- M. OTTOBRINI COSTA — "O test colorimetro em traumatologia".
- O. PINTO DE SOUZA — "Redução das fraturas transversas do femur".



- R. DA COSTA BOMFIM — “Arrancamento epifisario da extremidade superior de ambos os humeros — Redução ertuenta combinada á tração óssea ao fio”.
- A. DE ARAUJO — “Tratamento Cirurgico da ausencia congenita da tibia”.
- R. PIRES DE CAMPOS e R. CHIAVERINI — “Protusio acetabuli (Pelvis de Otto)”.
- S. MARQUES — “Preenchimento de cavidades ósseas por transplante de musculo”.
- CASTRO ARAUJO — “Organização da clinica traumatologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro”.
- C. OSBORNE — “Raio X de precisão em traumatologia e ortopedia”.
- A. AMORIM — “Osteose paratireoideana. Tratamento cirurgia e radio-terapico” — Nota previa.
- BARROS LIMA — “Consolidação viciosa de fraturas e tração ao fio”.
- D. DEFINE — “Sobre um caso de 1.<sup>a</sup> costela rudimentar ocasionando graves perturbações no membro superior.
- R. FREIRE — “Um caso de fratura e luxação de vertebra lombar”.
- O. PINTO DE SOUZA e F. BOMFIM PONTES — “Transfixão da veia femural consecutiva a fratura exposta do femur”.
- R. DA COSTA BOMFIM — “Traumatologia e accidentes do trabalho — Contribuição estatistica sobre as fraturas do aparelho locomotor”.
- BARROS LIMA — “Gibosidade por tetano”.

### ASSOCIAÇÃO MÉDICA PAN AMERICANA

(Notas collidas em uma comunicação dirigida ao Ministerio das Relações Exteriores pelo Dr. Joseph Jordan Eller, Diretor Geral)

Ofim a que se propõe a Associação é o intercambio de conhecimentos médicos e dos resultados de investigações realizadas, nos dominios da medicina e da cirurgia, entre os profissionais da America Latina, do Canadá e dos Estados Unidos, o que acarretará como consequencia a melhoria das relações culturais entre os povos do continente.

A Associação Médica Pan Americana estabeleceu premios de viagens para custear as despesas de médicos diplomados que forem aos Estados Unidos cursar um ano de estudos de extensão e pretende instituir, de acordo com as suas possibilidades, 22 desses premios, destinados a profissionais de cada um dos países americanos.

Para melhor cumprir a sua missão decidiu construir a Escola Médica e Hospital Pan Americano, na cidade de Nova York. Instituições similares serão instaladas nos demais países logo que isso se torne praticavel. O primeiro centro médico pan-americano, a ser erigido em Nova York, disporá de enfermarias para trezentos doentes, além de quartos particulares e semi-particulares para mais duzentos enfermos.

O hospital manterá uma grande policlinica dotada de todos os recursos da medicina e da cirurgia e comportará ainda acomodações para



internos e residentes do corpo médico e para os 22 estudantes beneficiados com os premios de viagem.

Um serviço de Informações facilitarà a entrega da correspondencia destinada aos médicos dos países latino-americanos, do Canadá e dos Estados Unidos, orientando-os sempre que, para fins de estudo, tiverem que visitar os hospitais e clínicas locais ou situados em outros pontos do país. Uma biblioteca e amplas salas adequadas para reuniões médicas, para banquetes e recepções e para conferencias de cientistas de nomeada completam as instalações do centro médico em via de construção, cujo grandioso edificio ostentará na sua fachada principal os escudos e nomes das nações que fazem parte da Associação Médica Pan Americana.

**NEURILAN** Poderoso calmante do  
sistema neuro-vegetativo.  
Indicado na excitação nervosa,  
nos desequilíbrios vagosympa-  
thicos, palpitações, insônia,  
dyspepsia nervosa.  
A base de estroncio bromado,  
crataegus, leptolobium, meimendo.  
Dose: fa 2 colheres das de chá em agua  
assucarada às refeições.  
**Lab. Gross-Rio** **NEURILAN** NÃO DEPRIMENTE

## ESTANCIA DE AGUAS MINERAIS DE IRAÍ

### PARTICULARMENTE INDICADA

- nos estados dispépticos;
- nos padecimentos do duodeno;
- na litíase biliar;
- nas colites crônicas;
- na litíase úrica;
- nos eczemas;
- nas piodermites;
- nos reumatismos;
- na diabete;
- na sífile;
- para restauração orgânica.

Iraí está ligada à Santa Bárbara, estação da viação férrea mais próxima, por ótima estrada de rodagem. Além dos automóveis particulares, ha luxuosos e confortáveis ônibus que correm diariamente entre essas duas localidades, cobrando apenas 30\$000 por passagem simples e 54\$000 por passagem de ida e volta. De qualquer estação da V. F. R. G. S. se podem comprar passagens diretas a Iraí, com direito a 45 dias de permanência. Iraí tem luz elétrica, água e exgôto, e conta com ótimos hotéis, cujas diárias oscilam entre 9 e 16\$000. Ha serviço médico gratuito para o uso das águas. Finalmente ha em Iraí grandioso balneário, notavel obra da engenharia nacional, cujo custo ascendeu a quasi 1.000 contos de réis.

**Dr. recomenda uma cura em Iraí a seu cliente**



TERAPEUTICA DA SIFILIS

# Lipocarbisan

**L B C**

(ELEBECÊ)

Foi a primeira associação

— carbonato de bismuto + lipoides cerebrais —  
em suspensão  
em agua bi-distilada

licenciada pelo D. N. S. P. em 30-12-1927

FORMULA:

Serie A

Carbonato de Bismuto . . . .	0,02
Lipoides do Cerebro . . . .	0,0025
Agua bi-distilada.. qs. . . .	1 cc

Serie B

Carbonato de Bismuto . . . .	0,05
Lipoides do Cerebro . . . .	0,0025
Agua bi-distilada..i qs. . . .	1 cc

Serie C

Carbonato de Bismuto . . . .	0,10
Lipoides do Cerebro . . . .	0,005
Agua bi-distilada.. qs. . . .	2 cc

PRODUTO DO

**Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.**

(ANALISES MEDICAS — PRODUTOS BIOLOGICOS)

DIREÇÃO CIENTIFICA

DIRETOR:

**DR. MARIO PINHEIRO**Diretor do Instituto de Neurobiologia  
da Assistência a Psicopatas do  
Distrito Federal

ASSISTENTE:

**DR. HELION PÓVOA**Docente da Faculdade de Medicina e Assistente  
do Instituto de Neurobiologia da Assistência  
a Psicopatas do Distrito Federal



**Dr. J. Maya Faillace - Dr. Carlos M. Carrion**  
**LABORATORIO WALDEMAR CASTRO**

Fundado em 1923

A M  
N E  
A D  
L I  
Y C  
E S  
S



A  
V U  
T O  
C O  
I G  
N E  
A N  
S A  
S

**ANDRADAS, 1428** (ao lado da Livraria do Globo)  
**PORTO ALEGRE**

---

*Instituto de Radiologia Clinica*

*Porto Alegre*

*Rua Senador Florencio, 21 - Edificio Wilson - 1.º andar*

*Telefone 5424*

*Dr. Pedro Maciel*

*Dr. Norberto Siqueira*

---

*Radiodiagnostico*

*Eletrocardiografia*

*Raios Ultra-Violetas*

*Eletroterapia de Ondas Curtas  
e Ultra-Curtas*





## Tratamento das Espermatozystites pela vaccina de Demonchy

Dr. J. Almeida Cardoso — Publicações Médicas, anno VIII.  
n.º 1, agosto de 1936.

O A., que é assistente da Policlínica Geral do Rio, faz inicialmente uma *mise-au-point* da vacinothérapie na hlenorrhagia.

A seguir, aproveitando tres observações pessoais, aliás bem descriptas e documentadas, resalta o valor da vaccina Demonchy em casos de orchiepididymites e, principalmente, em dois casos de vesiculite chronica.

Frisa que, se nas orchiepididymites muitos autores já têm observado a acção nitidamente especifica da vaccina Demonchy, o mesmo não se dá, contudo, para as espermatozystites. Dahi, pois, a razão do seu trabalho.

Dá, após, a technica de que se utilisou, usando a vaccina Demonchy, cuja caracteristica é ter o diplococcus morto pelo calor a 56° e o seu excipiente ser uma solução de sulfato de magnésio a 10 por 1.000. A acção mais energica dessa vaccina consiste na sua concentração que vac a 25 bilhões de germes por cc. As injeções foram feitas no tecido cellulular sub-cutaneo, 5 centímetros para cima e para traz da espinha iliaca antero-superior. Iniciou com 1/3 de cc., augmentando a dose para 1/2 cc. na segunda e 1 cc. na terceira. A reacção local foi pequena, tendo os pacientes se queixado de dor, no local da picada. Em 2 doentes, houve augmento de temperatura nas primeiras applicações, não passando, porem, de 38°6.

Pelas observações, descriptas pelo A., se constata que a vesiculite não regredia com o tratamento commum. No entretanto, 11 injeções da vaccina de Demonchy, feitas de 2 em 2 dias, variando as doses com a maior ou menor intensidade, foram o sufficiente para a cura completa dos seus pacientes.



# Sociedade de Medicina

## Ata

Ata da sessão realizada em 4 de Setembro de 1936, na sala de conferências do Sindicato Médico.

Presidente: dr. Florencio Ygartua.

Secretário: dr. Helmuth Weinmann.

Presentes os seguintes socios: drs. Poli Espírito, Sadi Hofmeister, Leonidas Escobar, René Flores, Armin Niemeyer, Rubens Pena, Heitor Cirne Lima, Alfredo Hofmeister, Saint-Pastous, Manoel Karacick, Pedro Maciel, Valentin, Lupi Duarte, Álvaro Barcelos Ferreira, Pombo Dorneles e Luiz Barata.

A ata da sessão anterior foi aprovada sem emendas.

Foram propostos para socios efetivos os drs. Alfredo Barros Hofmeister e Osvaldo Figueiredo Souto, respetivamente pelos drs. Saint-Pastous e Adair Figueiredo.

Passando-se á ordem do dia foi dada a palavra ao dr. Heitor Cirne Lima que passou a lér sua conferencia sobre "A luta contra o cancer na Argentina. Importancia da reação de Roffo no diagnóstico do cancer", cujo resumo é o seguinte:

Em 1912, disse, de começo o conferencista, Angelo H. Roffo apresentou á Academia de Medicina de Buenos Aires um trabalho sobre "Cancer experimental", que constituiu, sem duvida, o marco ideal da admiravel organização argentina de luta contra o cancer.

Realmente, a Academia de Medicina de Buenos Aires aprovou, na mesma sessão, a proposta do acadêmico dr. Domingo Cabred, no sentido da criação de um "Instituto de Medicina Experimental para o estudo e o tratamento do cancer".

Vários contratempos e, especialmente, a falta de fundos, contribuíram para que, somente em novembro de 1922, pudesse ser inaugurado, sob a direção de Roffo, o primeiro Instituto anti-canceroso da América do Sul.

Nésta fase, é necessário salientar a magnífica atuação da d. Helena Larroque de Roffo, médica e colaboradora ilustre e dedicadíssima de seu esposo, fundadores e primeira presidente da "Liga Argentina de luta contra o cancer".

Iniciando suas atividades em 1921, a Liga tomou a si a árdua tarefa de executar o triplice programa de educação do povo, hospitalização dos cancerosos e criação de um instituto de pesquisas científicas. Veremos, no decorrer desta palestra, como dela se desobrigou, brilhantemente.

Um ano depois da fundação da Liga, inaugurou-se o primeiro pavilhão do Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires.



Nêle funcionavam os dispensários e demais serviços clínicos e nêle instalou Roffo seus primeiros laboratórios.

Com o auxílio fecundo da "Liga argentina de luta contra o cancer", dos poderes públicos e da filantropia de diversos particulares, o Instituto foi aos poucos ampliando suas instalações.

Atualmente, o pavilhão primitivo, denominado Helena Larroque de Roffo, como homenagem á memoria da insigne dama, destina-se á hospitalização de cancerosos do sexo masculino. Aí, nesse mesmo pavilhão, está instalada tambem a secção de cirurgia.

Em 1923, foi inaugurado o pavilhão "Emilio J. Costa", destinado a pesquisas científicas; compreende as secções de cancer experimental, físico-química, cultura de tecidos, química biológica, patologia experimental, microbiologia e anatomia patológica. Os serviços de radioterapia, o museu, a sala de aulas, o laboratório de física e de radiologia, o gabinete do director funcionam tambem neste pavilhão.

Um ano depois, inaugurou-se nova construção, onde estão localizadas a sala de autópsias, a morque e a lavanderia.

O quarto pavilhão, inaugurado em 1928, hospitaliza 100 doentes do sexo feminino. Mais tarde, inauguraram-se sucessivamente os pavilhões para enfermeiras, para dispensários, para a administração, para a cozinha e câmara frigorífica, para os animais de experimentação e finalmente, por doação da familia Costa, a Capela do Instituto.

## ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO INSTITUTO

Os serviços do Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires são inteiramente gratuitos.

Os doentes externos, após um exame sumário, que localiza a lesão, são enviados a um dos serviços especializados ali existentes, a saber: ginecologia, vias urinárias, oftalmologia, dermatologia, odontologia, otorinolaringologia e radiologia. Todos os doentes são cuidadosamente examinados; em todos se procede á retirada de sangue para exame citológico e sorológico; sempre que possível, pratica-se tambem o exame histopatológico.

Os laboratórios do Instituto estão ótımamente instalados dispondo dos mais modernos aparelhos e de todos os requisitos necessários á consecução segura de seus objetivos.

Dois dias depois, o doente volta ao Instituto. Firmada a conclusão diagnóstica, confirmada a suspeita de cancer, verificada sua localização e extensão, o doente será enviado aos cirurgiões, sempre que se tratar de caso operável será submetido a tratamento conservador pelo dádio ou curieterapia, na hipótese contrária. O serviço de radioterapia, dirigido pelo dr. V. del Giudice, dispõe de modernos e possantes aparelhos.

O serviço de curieterapia, sob a direção do dr. V. Capizzano, possui uma grama de Radium e um excelente aparelho de emanação.

Alguns doentes inoperáveis, nos quais tenha sido ineficaz a fisioterapia, são submetidos a quimioterapia, utilizando-se para isso substancias elaboradas ou controladas nos laboratórios do Instituto.



# AGRIPAN

Canfora hidrosolúvel, cacodilato de gaia col, sulfato de estrienina, extrato de allium sativum, em sôro fisiológico q. s. para 2cc.

PREVENTIVO - ABORTIVO -  
CURATIVO DA GRIPPE.  
FORMULA COMPLETA  
ABSORPÇÃO RAPIDA - INDOLOR.

---

# NASOLEX

Essencias odorificas, antisseticas e desinfetantes.

Previne e evita as infeções e é um excelente adjuvante do tratamento curativo das corisas, faringites, anginas, gripes, bronquites, etc.

Pingar 2 a 3 gotas no lenço e aspirar repetidas vezes.

---

**PRODUTOS DOS LABORATÓRIOS RAUL LEITE**

**FILIAL DE PORTO ALEGRE**

RUA MAL. FLORIANO 257 — FONE: 5284



# Productos do Laboratorio de Biologia Clinica, L<sup>tda.</sup>

## Medicados pela illustre classe medica

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

Direcção scientifica:

**Dr. Mario Pinheiro (Director)** -- **Dr. Helion Pouda (Assistente)**

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

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

**Francisco de Revorêdo Barros - Rosario, 609**



Além da assistência aos cancerosos, no Instituto, Roffo poz á disposição dos outros hospitais da cidade, seus laboratórios e suas instalações para a realização dos exames necessários a uma completa elucidação diagnóstica para pronta instituição de terapêutica adequada.

As portas do Instituto se encontram ainda abertas a todos que se interessam por assuntos de cancerologia.

Da atividade da medicina experimental de Buenos Aires, dirá melhor este quadro demonstrativo de seu movimento de 1923 a 1934.

### A CAMPANHA CONTRA O CANCER NA ARGENTINA

Não desejando limitar a campanha anti-cancerosa á capital de seu país, Roffo organizou, de acôrdo com o Ministerio do Interior e com o Departamento Nacional de Higiene, um plano de luta regional contra o terrível mal.

De acôrdo com esse plano, a vizinha república foi dividida em 4 zonas, correspondendo a estações sanitárias que formam os comités regionais.

Tais estações dispõem do material necessário para colheita de elementos suficientes para o diagnóstico do cancer.

O material de diagnóstico porventura colhido é enviado ao Instituto, que o examina cuidadosamente, emitindo diagnóstico e orientação terapêutica e aconselhando, quando útil, a remoção do doente para a capital.

### A EDUCAÇÃO DO POVO NA LUTA CONTRA O CANCER

Além da assistência aos cancerosos, tomou a si o Instituto, eficientemente auxiliado pela "Liga argentina de luta contra o cancer", a incumbencia de intensificar a educação do povo, por meio da divulgação ampla de necessárias noções de cancerologia prática.

O resultado dessa benemérita iniciativa é simplesmente espantoso.

A percentagem de diagnósticos precoces, efetuados durante os três primeiros meses de evolução da molestia, subiu de 3 a 66%, em 6 anos dessa profícua atividade médico-social.

### A BRILHANTE CONTRIBUIÇÃO CIENTÍFICA DE ANGEL H. ROFFO E SUA ESCOLA

Sob o ponto de vista da atividade científica, não é menor a contribuição do Instituto.

Desde 1924, é publicado o "Boletim do Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires", revista que divulga os trabalhos científicos ali realizados e resumos dos trabalhos publicados, em todo o mundo, sobre o cancer.

Quanto ao número e valor dos trabalhos ali efetuados, nos limitaremos a numerar alguns dos notáveis empreendimentos de Roffo e seus



colaboradores, dentre os quais se destaca por seu talento e por suas já notáveis contribuições, o nosso prezado amigo dr. A. E. Roffo Jr.

Em primeiro lugar, merece citação a grande atividade didática do diretor do Instituto, em cursos livres sobre tumores e assuntos de anatomia patológica em cursos intensivos de cancerologia para médicos.

Em 1932, o dr. Roffo foi nomeado professor honorário da Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires.

Cumpra ainda assinalar o valor de sua iniciativa de criação do curso para nurses, que fornece ao Instituto enfermeiras aptas ao desempenho cabal de sua missão.

Universalmente aceitos, como nos diz Capizzano, são os notáveis estudos de Roffo sobre o cancer experimental.

Nós mesmos tivemos a oportunidade feliz de observar suas admiráveis investigações sobre o cancer pelo sol.

Original e importantíssima é sua contribuição ao papel dos lipóides no terreno canceroso e a respeito da influência dessas substâncias sobre o desenvolvimento dos tumores malignos.

No cancer experimental pelo sol, como ficou demonstrado por seus notáveis estudos, ha uma prévia acumulação de colesterol nos tecidos que degeneram.

O colesterol, atraído pela ação dos raios solares, atuaria como verdadeiro acumulador orgânico de luz.

Além disso, a alimentação rica em lipóides ou a administração dessas substancias favorecem o desenvolvimento do cancer e, de outro lado, a predisposição ao cancer, pela idade, se poderia relacionar com a hipercolesterolemia que se verifica, ao máximo, entre 50 e 60 anos.

Em sua qualidade de substancia heliotrópica, fotoativa e energética, o colesterol tem, de acôrdo com os trabalhos de Roffo, papel de valor na produção do cancer pelo sol e relevante importancia no terreno canceroso, em geral.

A reação do vermelho neutro, hoje mundialmente conhecida e utilizada como elemento de valor no diagnóstico do cancer, os trabalhos sobre o poder glicolítico dos tecidos neoplásicos, sobre respiração celular, são outros tantos notáveis estudos de palpitante interesse em cancerologia.

Ao lado da fisioterapia e da terapêutica cirúrgica, a quimioterapia do cancer constitue objeto de cuidadosas investigações, quer sob o ponto de vista experimental, em animais ou "in vitro", o que permite verificar a ação das diversas substancias sobre os tecidos neoplásicos cultivados.

Interessantes são ainda os trabalhos de Roffo sobre o papel do fumo na etiologia do cancer e sobre a influência da esterilidade e da vida sexual da mulher na gênese dos tumores malignos do seio e do útero.

Essa última contribuição tem considerável alcance médico-social, pois si o cancer do seio e o cancer do útero produzem grande número de vítimas e si são mais frequentes na mulher esteril, não nos devemos admirar, diz Roffo, da relação que guardam com os progressos da civilização.

Impossível seria a enumeração completa dos notáveis trabalhos de