

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XIX

AGOSTO DE 1940

N. 8

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade Medicina de Porto Alegre — 1940

PRESIDENTE

HUGO RIBEIRO

Dermatologista da S. Casa

VICE-PRESIDENTE

JACI C. MONTEIRO

Cat. Int. de Cl. Cirúrgica

SECRETARIO GERAL

SALVADOR GONZALES

1.º SECRETARIO

RUBENS MACIEL

2.º SECRETARIO

ALFREDO HOFMEISTER

TESOUREIRO

ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO

LUIZ SARMENTO BARATA

Doc. Livre de Cl. Urológica

NINO MARSIAJ

Cat. Int. de Cl. Médica

DIREÇÃO CIENTIFICA

MARTIM GOMES

Cat. de Ginecologia

RAUL MOREIRA

Cat. de Cl. Pediátrica Méd.

SECRETARIO DA REDAÇÃO

RUBENS MACIEL

REDATORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
FLORENCIO YGARTUA
NOGUEIRA FLORES
VALDEMAR CASTRO
PEDRO MACIEL
JACI MONTEIRO
MARIO BERND
NINO MARSIAJ
AMÉRICO VALERIO
J. LISBÔA DE AZEVEDO
IVO CORRÊA MEYER
LUIZ S. BARATA
HELMUTH WEINMANN
RAUL DI PRIMIO

MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
DECIO DE SOUZA
ANES DIAS
RAUL MOREIRA
PEREIRA FILHO
J. L. T. FLORES SOARES
J. MAIA FAILACE
CARLOS CARRION
ÁLVARO B. FERREIRA
C. LUPI DUARTE
JOÃO G. VALENTIM
ANTONIO LOUZADA
VALDEMAR NIEMEYER
E. J. KANAN

GERENTE: ALMANZOR ALVES

ASSINATURAS:

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

Séde da Redação: Rua dos Andradas n. 1117

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

- CORRÊA MEYER — Conceito de profilaxia do tracoma á luz da moderna quimioterapia (1)pg. 287
- SECCO EICHENBERG — Traumatismos da mão ” 297
- GABRIEL TABBAL — Sôbre um caso de cirurgia abdominal .. ” 313
-

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**
Tônico geral - Remineralizador - Reconstituente - Estimulador
— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel
Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro



NEURILAN

Poderoso calmante do sistema neuro-vegetativo.

Indicado na excitação nervosa, nos desequilíbrios vasosimpáticos, palpitações, insônia, dispepsia nervosa.

À base de estroncio bromado, crataegus, leptolobium, meimendo.

Dose: 1 a 2 colheres das de chá em água assucarada às refeições.

LAB. GROSS - RIO

NEURILAN

ANTIO-DEPRIMENTE

Conceito de profilaxia do tracoma á luz da moderna quimioterapia (1)

Corrêa Meyer

Erigistes no interior da bendita terra de São Paulo, um núcleo admirável de trabalho que não tem paralelo na vida médica do país.

Não foi, porém, o bloco material que me impressionou quando ao primeiro contacto com os colegas que aqui labutam na mais nobre das atividades humanas.

Nas cousas que os homens dão vida e expressão, eu sempre busco o sentido espiritual que anima todos os cometimentos e todas as iniciativas que vingam quando, como nesta Casa, ha disciplina espiritual e mental traduzida na harmonia das inteligências, na sobriedade das ações, no cultivo do trabalho continuado, na ponderação das idéias e no exemplo da fecunda obra médica realizada.

Não ha aqui contradição na orientação, não ha dissonância de valores, não ha frívolas e estéreis competições porque sobrepaira a tudo uma ordem superior que dimana de um espírito coletivo, construtor e organizador. Ha sómente emulação no ritmo do trabalho creador e fecundo. O homem em si pouco significaria senão fôra o dever a cumprir e o labor a efetuar, que é todo o afan desta Casa. E cumpri-los bem é o ditame maior, que implica ainda pesquisas, estudos, investigações, de maneira a conformar uma estrutura de trabalho médico, cuja sublimação é a força moral desta Instituição.

Sempre subestimei a gloria humana quanto admiro o culto do trabalho honesto e a contração aos deveres. Nunca considerei as dignidades médicas a mim atribuidas pela generosidade dos colegas e das instituições sinão como estímulo e ação do profissional e premio ao trabalhador impenitente, que, se alguma cousa edificou na vida, foi pela força do trabalho ininterrupto e pelos sacrificios da longa e dura jornada. Eis porque assim considerei a vossa determinação ao me fazerdes dentre os vossos, como cavalheiro do trabalho, armado, como vós outros, dos mesmos princípios e dos mesmos ideais. E digo-vos, sem orgulho, que me senti compensado da afanosa existência vivida, dando de mim tudo o que tem sido possível dar, em face do título que me acabastes de conferir. Feliz também, não pela honraria em si, superior aos meus merecimentos, mas pelo significado que éla expressa ao associar-me a vós simbolicamente.

Foi dêsse pensamento que aceitei a vossa elevada manifestação, que tanto me tocou o coração e pela qual vos sou reconhecido.

Estamos já trilhando o caminho da verdadeira profilaxia e terapêutica do tracoma, que é o de se jugular eficiente e decisivamente as fór-

(1) Palestra realisada no Instituto Penido Burnier, em 2 de Junho de 1940.

mas iniciais e evolutivas da doença, de maneira a evitar que o contágio se exerça generalizadamente. Antes que a contaminação se faça e que sobrevenham complicações mais graves, iniciais ou tardias, a doença regride, na maior parte dos casos, graças à terapêutica sulfamídica e às medidas gerais de higiene e de nutrição. Não nos leva assim dizer optimismo exagerado sobre as virtudes da nova arma terapêutica, por isso que sempre, na clínica, oferecemos reserva à introdução de qualquer medicamento novo, que ainda não possua a sanção da experiência e da observação continuada, e que, frequentemente, é trazida ao nosso conhecimento por entusiasmos momentâneos, sem fundamentos em pesquisas longas e seriamente feitas. A especialidade já atingiu o cimo do aperfeiçoamento médico, que se estriba na exatidão diagnóstica e na limitação terapêutica; limitação esta que significa precisão e eficiência dispensando ensaios infundados. Não nos move o desejo de estudar a ação e os efeitos da quimioterapia pela sulfanilamida. Outros com autoridade, já o fizeram trazendo aqui contribuição rica de ensinamentos. Para nós a sua ação eficaz e verdadeiramente benéfica já passou em julgado. A observação favorável de seus efeitos já é do domínio daquêles mesmos que a receberam com cepticismo. A nossa experiência, tanto quanto a dos que a estudaram sem parti-pris, leva-nos assim a considerar a questão. Mas não é esta a face do problema que desejamos encarar. Todos já a conhecem e têm d'ela juízo formado. Desejamos focar, sim, é um aspecto salutar de seu emprego, que entreabriu novos rumos á profilaxia e terapêutica eficientes do tracoma, pela profunda repercussão social e econômica que veio dar aos seus problemas médico e higiênico. O ideal da terapêutica do tracoma seria a de erradicar as fórmulas clínicas que determinam maior soma de contaminação, de maneira que se pudesse, desde logo, subtrair á infecção maior número possível de membros dos aglomerados humanos sujeitos a adquirir a doença. E o processo terapêutico que alcançasse êsse desiderato teria resolvido o grave problema social e econômico do tracoma, desde que não se desprezassem também as condições de nutrição e de higiene, que desempenham papel de grande relevância na profilaxia, evitando-se a reincidência, tornada, nas comunidades e corporações de fácil primiscuidade, freqüentemente obrigatória. Sem que isto seja exequível, praticamente é impossível considerar-se como definitiva a cura do tracoma. Neste passo, não é demais que tenhamos em consideração a opinião de Park Lewis quando "pondera que o tracoma, como outras doenças que dependem de condições defeituosas de habitação e de higiene, é índice de distúrbio do metabolismo social. Sómente desaparecerão com a elevação do padrão da vida, de maneira que cada cidadão seja membro ativo da comunidade e não carga por força de tára física".

Assim considerada a solução do problema, a questão estaria em obter-se o meio terapêutico que pudesse propiciar a supressão imediata dos elementos de contágio. Neste particular, incontestavelmente, a sulfanilamida deu um passo para a frente, simplificando a questão e, sobretudo, mostrando a via certa na debelação do mal.

A contribuição do Instituto Penido Burnier nos trouxe, com o trabalho de Lech Junior, a ampla compreensão da verdadeira profilaxia do tracoma, que até agora não se tinha podido realmente efetuar, por-

quanto faltava o agente terapêutico essencial à solução do problema. E' necessário tirar dessa observação original todo o partido terapêutico e profilático que o seu alcance social significa. Aliás, o seu autor lançou as bases da nova profilaxia, fundada na ação imediatamente favorável da nova medicação, quando estabeleceu a experiência coletiva, em uma fazenda, dando-nos já o resultado de sua eficácia em 83% dos casos atendidos e dizendo-nos que o problema do tracoma estava resolvido para os oftalmologistas. Aduzia a seguir que restava apenas resolvê-lo como problema social. E' esta a feição realmente fecunda da quimioterapia sulfanilamídica, cujas transcendentes consequências ainda não pudemos pesar devidamente, mas cujo emprego benéfico efetivamente eficaz simplificou de tal maneira a terapêutica das fôrmas evolutivas do tracoma que os capítulos de profilaxia e tratamento devem sofrer profunda revisão. Ela vai traçar nova direção à campanha antitracomatosa, por isso que domina a doença em suas fontes vivas. O tracoma vai deixar de ser enfermidade social e, em breve, com a orientação devida, tornar-se-á raridade mórbida, persistindo, quando bem sucedida a campanha médica, sómente as fôrmas cicatriciais, vestígio ainda de épocas anteriores à atual quimioterapia. Si bem que as medidas de profilaxia geral tenham de permanecer sem nenhuma alteração, o *modus faciendi* vai diferir completamente. A sulfanilamida, neste particular, inverteu os termos do problema. Não ha de encerrar o doente sob o prisma estreito da terapêutica individual, mas o tracoma é que será coletivamente erradicado em seus focos de evolução e contaminação. Cuénod e Natal emitem um juízo verídico do problema preventivo quando sintetizam claramente a questão nos seguintes termos: "Graças à união íntima da terapêutica e da profilaxia, pôde-se estar assegurado de que o tracoma, que constitue hoje um verdadeiro flagelo social, talvez o mais disseminado, acabará por desaparecer: a vitória está afastada, muito longinqua, mas não se deve duvidar de seu êxito". A sulfanilamida parece que correspondeu, com maior optimismo ainda, a estes anseios, por isso que éla cura o tracoma e previne o tracoma.

Si até agora isto não acontece de uma maneira generalizada, é que existem condições outras que impedem ou perturbam a ação curadora da medicação. A investigação e o esclarecimento de outras causas que concorrem para entreter e prolongar o mal é da alçada pura do médico, que as deve suprimir para que haja integral benefício da nova terapêutica. Seja como fôr éla abriu a questão de transformar-se completamente os fundamentos da campanha antitracomatosa ao mesmo passo que modificou radicalmente o conceito e a prática de considerar necessário longo tempo para a debelação da enfermidade. A terapêutica, assim compreendida, por fôrça da indigência dos meios curativos eficazes, era até aqui de procedimento singular: atuava sôbre o indivíduo penosamente, dias e dias, meses e meses e, frequentemente, anos e anos, com os mesmos processos e métodos de sempre. Quão exaustiva era essa luta e que de resultados medíoceres! A ação ficava restrita ao campo limitado da patologia individual. Tornava-se dispersiva por essa mesma razão. Investia-se contra os focos da doença, mas sempre com caráter de campanha ao doente isolado, padecendo, por consequência, da falta de uma ação mais ampla que pudesse influenciar, ao mesmo tempo e uniformemente, um

núcleo maior da coletividade. Onerosa e laboriosa, desde o início, tornava-se dispersiva pela ausência de conjugação do trabalho médico e pela precariedade manifesta de seus resultados práticos. Procede daí o insucesso freqüente que ocorria em todas as campanhas empreendidas com as melhores perspectivas.

Demandava êste procedimento pertinácia no emprego da medicação si se desejava obter algum proveito. Ademais, a mediocridade dos resultados terapêuticos, por vezes só obtidos mercê de processos excessivamente enérgico e, quiçá, contraproducente, gerou em muitos espíritos atitude céptica em relação á probabilidade dos benefícios colhidos. Felizmente, o sentido superior do espírito médico sempre se sobrepoz ao negativismo e á displicência.

Agora, a campanha visa a totalidade do blóco tracomatoso e atinge a doença quando evolue em suas fórmias mais expressivas e, portanto, mais contaminantes. De ora em diante, a eficiência da campanha médica se ha de medir pela pluralidade dos efeitos benéficos exercidos, em um conglomerado de doentes pela mesma medicação.

Ha uma exigência, porém, que deve ser preenchida, rigorosamente, para o bom êxito dêste empreendimento e é a de que a medicação deve ser propiciada quando os exames local e geral do doente tenham sido efetuados minuciosamente, de fórmula a que se possam, decisivamente, eliminar as causas secundárias ou latentes que atuam entretanto prolongando a evolução da histiocitose folicular tracomatosa. O êxito do tratamento está a exigir, inicialmente, o exame detido do doente que se não demora, como antes, em geral, era praticado, na apreciação dos caractéres focais da doença, mas que se alarga na perquirição de todas as causas ou moléstias capazes de entrete-la ativa durante muito tempo.

Na aparência o labor se afigura maior, nésta fórmula de encarar o doente tracomatoso, mas é precisamente o oposto o que sucede. De fato, no início, o exame médico requer maior tempo para que a pesquisa seja de efeitos benéficos, removendo as causas superpostas ou secundárias. No entretanto, tudo esclarecido, a medicação age por si sem que haja necessidade de ação diréta do médico prolongada e arrastadamente, que é o que acontecia quando, antes, o contáto do médico com o paciente era diário e ininterrupto.

Por outro lado, o estudo minucioso do paciente não afasta o médico de seu principal objetivo, que é a cura do doente individual. Vem a talho de foíce, a confirmar o sentido exato da melhor orientação, as palavras de um pensador francês, que entende que a "Medicina não pôde ser cultivada sómente por sua beleza, curiosidade, elegância de métodos, sedução especulativa. E' e deve permanecer a arte de curar o indivíduo. Estudar o doente analisar os sintômas, a resistência de cada organismo particular, é de eficácia mais imediata do que o cuidado dos grandes problemas, da terapêutica no absoluto. Si a doutrina não se applica à cura do indivíduo, nada temos a fazer do ouropel que recobre uma inutilidade científica. Só temos necessidade de fórmulas quando nos fazem penetrar mais além no conhecimento da personalidade, dos órgãos e do espírito".

E' a experiência que nos ensina assim a proceder na clínica, dando

aos cuidados do indivíduo o máximo das ações médicas e tirando do estudo do indivíduo todos os conhecimentos capazes de ser aplicados com vantagem em prol da coletividade enferma. Este procedimento, que parte da unidade mórbida, perfeitamente analisada, para subjugar o fóco endêmico, evita a dispersão dos esforços e põe o médico no conhecimento total dos problemas individual e coletivo do tracoma. Esta orientação visa dar novos ramos à campanha antitracomatosa, por isso que dominará o mal em suas fontes vivas. A doença deixará, em breve, de ser enfermidade social e se vai tornar raridade mórbida, persistindo, exclusivamente as formas cicatriciais, vestígios ainda das épocas anteriores ao emprêgo da sulfanilamida. A doença emurchece como si se tratasse de regressão natural e espontânea, readquirindo a conjuntiva, por completo, o seu aspecto anatômico. Eis porque, de futuro, a campanha encarará combater, de preferência, as formas evolutivas do mal, que não deixam mais, sob a influência favorável da medicação, subsistir as formas cirúrgicas, porquanto as lesões regridem antes que surja qualquer alteração dos elementos glândulares da conjuntiva. A divergência se revela não na forma exclusiva de tratar o doente, porém, sobretudo, na maneira de encarar o doente. Ou se aplica, individualmente, o tratamento de doente a doente, ou, após exame detido dos doentes, se emprega, coletivamente a medicação. Esta última forma de tratamento nos proporciona maior número de resultados favoráveis com a terapêutica da sulfanilamida. Ao contrário do que se podia entender, esta medicação faz o doente se aproximar mais do oculista. Quando a terapêutica se fazia sentir pela ação local, a divergência entre médico e doente era comum, por isso que o padecimento era grande. Agora, em face dos novos processos, que antes visam o terreno e o amparo das defesas naturais do organismo, a compreensão ressalta dos benefícios múltiplos e comuns. A agressividade e dureza dos processos terapêuticos locais os separava, quando, agora, a brandura da ação os harmonisa. Ha um interesse recíproco que os fazem investigar quasi em comum os resultados: um oferecendo a facilidade ao estudo e o outro observando, com surpresa, as alterações imediatas que o processo conjuntival vai revelando. E por vêses, é tal a rapidez dessas modificações que a moléstia apresenta em curto lapso de tempo, que saltea a dúvida ao espírito do médico. As lesões regridem tão rapidamente que a indagação persiste sobre a natureza mesma do mal. A conjugação desses esforços tem repercussão de ordem social e econômica tão viva que já era tempo de melhor aproveitamento. E' uma nova feição, entre tantas, entrevistas pela moderna quimioterapia antitracomatosa, que permite dizer que estamos em face de um medicamento que modificou todos os processos de curar o tracoma e que removeu os grillhões da escravidão da insidiosa doença.

Houve uma simplificação tão rápida e tão extensa na cura do tracoma que ainda não podemos apurar completamente todo o seu alcance prático, continuando ainda a encarar sob os mesmos aspectos a doença, sem compreender ainda de todo que a nova medicação transformou, em seus fundamentos, toda a organização antitracomatosa. E onde reside a importância maior dessa nova terapêutica é na eliminação ou supressão

imediate, si assim se pôde dizer, da contagiosidade da grave enfermidade ocular.

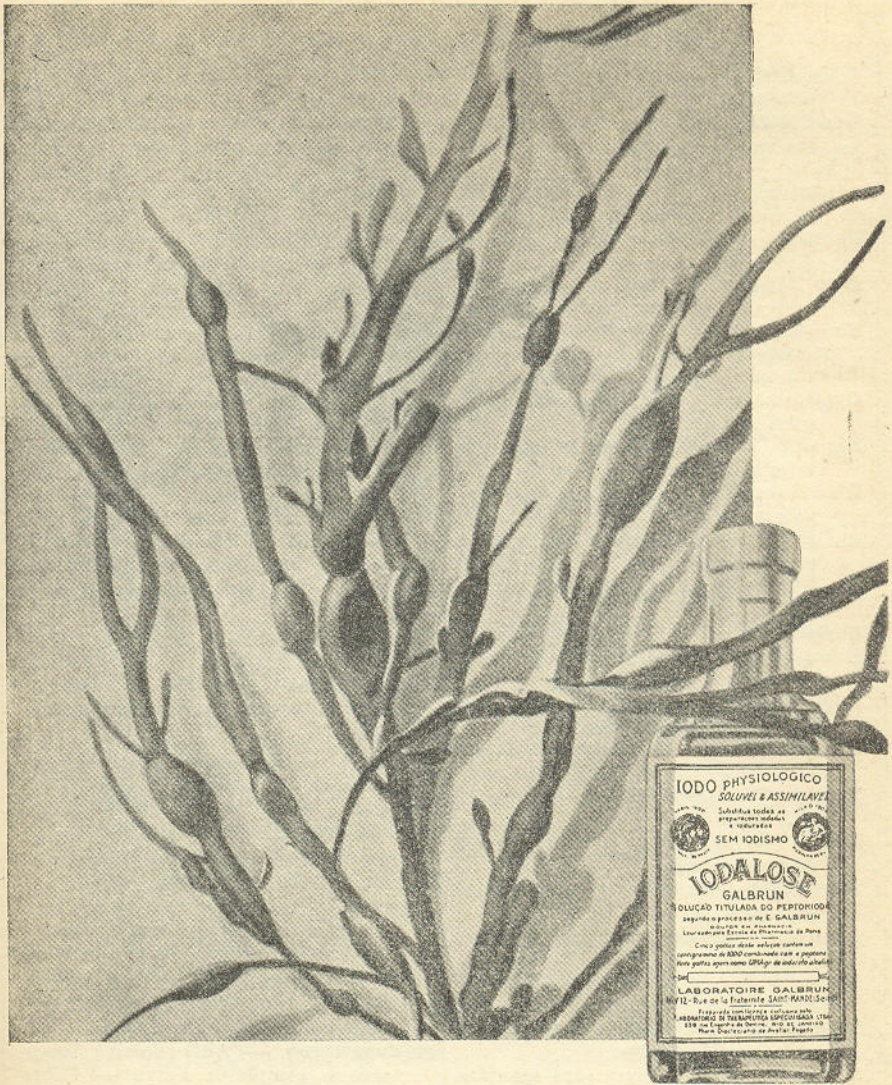
E' ainda a Clínica e a Terapêutica a auxiliar a Higiene na sua ciclópica tarefa de preservar as populações da incidência de uma das mais graves e insidiosas doenças, de maneira que possamos "conhecer os nesses males, como doutrina Afranio, estudando-os, para os combater e prevenir. Façamos terapêutica e depois higiene. Quando reintegrada a saúde, estejamos alerta, para impedir que a insanidade se aproxime; é a profilaxia, definida pelo poeta latino: *Venienti occurrere morbo!* Ide ao encontro do mal, antes que chegue, preceituava Persio, como se fôra médico e higienista".

No combate ao tracoma, o especialista não ha de fugir a sua destinação, que é a de ser, em primeiro lugar, médico e depois higienista. As suas funções não se contradizem. Ao contrário, se integram e se completam. Quando o médico pratica, faz higiene, sobretudo, quando, como no presente, o agente terapêutico elimina e estanca de imediato, as fontes vivas do contágio.

Nêsse sentido de encarar a missão do médico, a quimioterapia do tracoma recolocou o médico em seu verdadeiro papel de clínico, que atenta para o doente, que examina o doente, que atua em favor do doente, amparando-o em suas defesas, protegendo-o com a larga experiência de toda a Medicina.

Reintegrado em suas precisas funções, o especialista não se ha de sentir insulado em suas tarefas diárias, mas confundido com a missão do governante, do professor, do enfermeiro e do sociólogo. Ao mesmo passo que se sente prestigiado em sua missão gigantesca pelo êxito da campanha que se empreende sob novos e fecundos desígnios, observa, com ufania, que também a propria profissão que exerce se torna mais valorizada. A insistência nossa de que os fundamentos do êxito da nova orientação, estabelecida pelo emprego de recentes produtos quimioterápicos residem nos próprios fatos médicos é explicada pela diversidade de resultados colhidos por uns e por outros, principalmente no que se refere ás fórmulas puras do tracoma. Já no que se relaciona ás complicações do tracoma, as opiniões, de modo geral, estão concordes com o bom êxito obtido, que se manifesta pela atenuação de sintomas subjetivos e objetivos.

E' nêste passo, em que ha divergência, que pôde ser desfavorável ao conceito novo de tratamento do tracoma, que julgamos não haver prejuizo em esclarecer, repisando, os pontos obscuros do problema terapêutico. A sulfamilamida, mais do que as palavras anteriores escritas sôbre o assunto do tracoma evolutivo em todos os tratados, mostrou que se devem encarecer as causas secundárias ou latentes que inegavelmente influenciam, de modo nocivo, a evolução expontânea para a cura do folículo tracomatoso. Daí, a insistente observação de um exame clínico detido e minucioso de cada doente, com o fim de, quando possível sejam suprimidas essas causas superpostas ou satélites. Ainda ha pouco, dando o justo valor ao estudo dessas causas, lembravamos o conceito de Tzanck e de Touraine, no qual se deprende que a reação folicular do tracoma pôde ser influenciada por causas acessórias comuns que atuam, naturalmente, de modo conjunto, com o agente etiológico eficiente do tracoma.



IODO PHYSIOLOGICO
 SOLUVEL & ASSIMILAVEL
 Solubiliza todos os
 preparados iodados
 e iodurados
 SEM IODISMO

IODOLOSE
 GALBRUN

SOLUÇÃO TITULADA DO PEPERONICO
 segundo processo de E. GALBRUN
 inventor de IODOLOSE
 Licenciado para a França e Portugal
 Com a garantia de ser o único preparado
 com o processo de GALBRUN combinado com a pepsina
 para garantir a perfeita absorção do iodo

LABORATOIRE GALBRUN
 107-112 - R. de la Fraternelle SAINT MANDÉ (Seine)

Preparado em França e vendido em
 LABORATORIO DI TRIESTE S.P.A. SUCCESSIONE GALBRUN
 229 - Via S. Maria della Pace 112 - TRIESTE
 Para o Brasil e Portugal: Enila Ltda.

Fabricado no Brasil
 com licença especial e sob o controle do
LABORATOIRE GALBRUN
 10/12 rue de la Fraternité
 Saint Mandé (Seine)



UNICOS DISTRIBUIDORES PARA O BRASIL
SOCIEDADE ENILA LTDA.
 174, RUA GENERAL CAMARA - CAIXA 484 - RIO
 CORRESPONDENTE DE
JULIEN & ROUSSEAU - PARIS

Productos do Laboratorio de Biologia Clinica, L^{tda}

Medicados pela illustre classe medica

- Vitamina — Farinha alimentar por excellencia.
- Néo-Vitamin — Tónico de extracto de frutas e vegetaes.
- Insulina — Diabetes.
- Synergon A. B. C. — Blenorrhagia e complicações em ambos os sexos.
- Fermento tridigestivo — Perturbações digestivas.
- Sôro Lipotonico (Mef) — Tónico do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Sôro Liposedativo (Mef) — Tónico e calmante do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Ovariomastina — Dysmenorrhœa (comprimidos e amp.)
- Glandula Pituaria — Inercia uterina e intestinal (compr. e amp.)
- Lipocholepatina — Tuberculose (ampolas).
- Cholepatina — Affecções do figado e vias biliares.
- Gl. Thyreoidé — Insufficiencia thyreoidiana.
- Cholelactina — Desordens intestinaes.
- Encephalina — Tónico 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.
- Lipocarbisán (A. B. C.) — Syphilis e suas manifestações.
- Bismarsen — Syphilis e suas manifestações.
- Quinoparsen — Impaludismo.
- Panlaxil — Prisão de ventre.
- Biotoxil — Opotherapia 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 vitamínoses, escorbuto, rachitismos, polyneurites. Enfraquecimento, convalescença.
- Extracto Hepatico — Injectavel. Opo-therapia hepatica. Indicado nas affecções hepaticas, da vesicula biliar, dyserasias hemorragicas etc.
- Biocalcio — 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 — Poliopterapia.

LABORATORIO DE BIOLOGIA CLINICA LTDA.

DIREÇÃO CIENTÍFICA: DR. MARIO PINHEIRO

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Bahia, Recife, Curitiba, Belo Horizonte etc.

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

Francisco de Revorêdo Barros - Rosario, 606

Acrescentávamos, então, que "a análise detida dos fatos médicos e o estudo honesto dêste novo conceito etiopatogênico permitem, sem maior esforço, a inteligência de que a pluralidade dos agentes etiológicos secundários intervem desfavoravelmente na evolução da conjuntivite granulosa. Compreende-se, portanto, que a influência desta ou daquela causa secundária possa tão decisivamente atuar sobre o folículo tracomatoso, ocasionando, ora reações intensas, ora modificações em sua evolução, ora, após remissões, novas recrudescências, novas complicações. Faculta essa concepção a compreensão de que causas de natureza vária, às vezes imponderáveis ou latentes, outras vezes palpáveis, como lesões focais, desvios metabólicos, moléstias intercurrentes, deficiências da nutrição, disendocrinias, linfatismo, ametropias, etc., possam modificar a marcha do processo granulomatoso, impedindo a sua regressão natural, perturbando a ação terapêutica dos medicamentos empregados e reativando, periodicamente, em novos surtos agudos, o processo crônico de longa duração da histiocitose folicular tracomatosa".

Insistimos ainda a respeito da concepção da influência integral do terreno sobre a marcha da conjuntivite tracomatosa que ministra luz viva sobre a própria evolução do folículo tracomatoso, que, ou regride normalmente, quando ausente qualquer causa secundária perturbadora, ou evolue, de forma crônica, sem se atrofiar de todo, sofrendo contudo, periodicamente, pelo estímulo de causas irritativas ou tóxicas, secundárias ou latentes, surtos de reativação mais ou menos intensa".

"Depreende-se da exposição acima referida que os fundamentos da terapêutica racional do tracoma demoram, em primeiro lugar, em consciencioso exame do doente, de maneira que sejam exploradas todas as outras causas que possam, desfavoravelmente, intervir sobre a evolução do granuloma tracomatoso, eliminando-as desde o início, quando possível; e, posteriormente, em atuar, direta ou indiretamente, sobre as lesões da conjuntiva, empregando sempre os métodos suaves, brandos, médicos, da terapêutica antitracomatosa, de forma a facilitar, sem ferir as propriedades diafiláticas dos elementos próprios do sistema retículo endotelial, o estímulo a sua capacidade funcional diminuída. Toda a terapêutica do tracoma deverá ter a finalidade imediata de exaltar e proteger os meios de defesa local e de levantar o bloqueio dos elementos histiocitários, de maneira que, desintoxicados, ofereçam maior superfície de resistência à agressão do agente etiológico do tracoma".

Em abono dessas considerações, que procuram frizar a importância das causas secundárias sobre a evolução das granulações do tracoma, militam os fatos clínicos e terapêuticos da observação quotidiana. Mostram êles a procedência das curas colhidas, sem a interferência dos métodos terapêuticos locais, quando se encara a modificação do terreno, as condições de nutrição, do clima, da estação, da constituição, etc.

E' só assim que se pôdem explicar todos êstes fatos de conhecimento geral: "o porquê dêste médico alcançar a cura do tracoma só com o méro abrir de um seio paranasal, aparentemente íntegro, mas, na intimidade, lesada a mucosa; o porquê dessoutro extirpar as adenoides e a conjuntivite melhorar ou ceder inteiramente; o porquê daquêloutro estimular o aparelho retículo endotelial mercê de choques hemoclásicos,

e o mal egípciano modificar-se, abrandar-se ou regredir; o porquê, enfim, da conjuntivite se exaltar, prolongar-se, ou perdurar, quando outros processos patológicos intercurrentes, passados despercebidos, entretêm, inu-trindo-lhe as condições mórbidas e bloqueando as células protetoras da mucosa". Acreditamos que tem sido, por uns, o desprezo ou negligência de atentar para esses fatores acessórios, que atuam inegavelmente sobre a evolução da moléstia, que explica a diversidade dos resultados observados até agora, sobretudo nas formas puras do tracoma.

Desde que respeitemos a orientação clínica que cada caso comporta e preenchamos as indicações gerais, como se fazia antes visando exclusivamente o foco local da enfermidade, todas as formas de tracoma cedem rapidamente e isto tem uma grande repercussão no campo da Medicina preventiva porquanto significa a supressão precóce da fase contagiante. Têm, ademais, estes fatos uma importância de ordem social e econômica muito expressiva em face da reintegração rápida do operário, do homem do campo, do colono, enfim, do trabalhador em suas tarefas e em suas atividades vitais.

O procedimento de suprimir, inicialmente, as formas floridas e agudas do tracoma repara um grave erro de direção que frequentemente ainda observamos, qual o do médico, confundindo e desvirtuando o aspecto médico e profilático do problema do tracoma, deter-se no tratamento de determinadas formas da doença, originando-se daí a falência de todo um aparelhamento oneroso e complexo.

O especialista, si bem que profundo conhecedor dos diferentes capítulos em que se desdobra a Medicina preventiva do tracoma, não sabia, a miude, discernir o papel de higienista e de clínico, que, por força de suas funções, lhe era atribuído.

Essa incapacidade funcional gerou, desde o começo, idéias e conceitos que acarretaram o sacrifício, por vezes total, de uma iniciativa esboçada com os melhores auspícios.

Si proteifórme é a maneira como se comporta, na clínica, o tracoma, deduzia-se que a função do sanitarista especializado devia também obedecer a critério variado. Desdobrava-se então o tracomólogo em múltiplas atividades, pendendo-se, por consequência a eficiência que devia emprestar á luta, ao mesmo passo que se distraía em exercitar-se em métodos de exames novos e em técnicas cirúrgicas diversas, de menor interesse para o objetivo principal, que seria o de atender as formas evolutivas, puras ou complicadas, e contagiosas da doença.

Desvirtuava-se a função precípua, que era da profilaxia e tratamento das formas contaminantes, e sobrecarregava-se ainda de encargos e funções secundárias e satélites sem maior significação ao sentido superior da verdadeira finalidade médica da campanha.

Assim é que, para exemplificar, os centros de combate ao tracoma se transformavam em verdadeiros centros cirúrgicos, onde se exercitavam técnicas e processos operatórios os mais interessantes, dando-se, em geral, preferência, mesmo nas formas iniciais, aos métodos sangrentos de cura.

Mas era aí mesmo nesses grandes centros de cirurgia ocular que a campanha antitracomatosa perdia, desde logo, a sua finalidade, por

isso que, na maioria dos casos que alcançam a fase cirúrgica, a doença que se vai tratar não é mais o tracoma exclusivo, porém, complicações d'êlê decorrentes ou afecções superpostas ou originadas.

Não são, pois, fórmãs clínicas da alçada do médico tracomólogo, no sentido que damos a êste, a quem está reservado papel mais elevado e, sobretudo, mais fecundo.

Obrigava êsse critério estreito à amputação de suas verdadeiras funções, sujeitando-se daí em diante a acantonar-se em setor restrito de influência médica, decorrendo, por essa razão, a deficiência assinalada da obra iniciada.

Atribuindo-se papel que julgamos secundário, ou desprezava as fórmãs evolutivas ou empregava processos inadequados para a debelação d'êlas acontecendo, via de regra, que eram êlas cuidadas pelo pessoal subalterno afeto (enfermeiros e serventes), que não podiam estar à altura do cometimento. Si os papéis tivessem sido encarados por outro prisma, ou invertidos, quiçá o problema atual do tracoma fosse desprezível, deixando de onerar a coletividade com o pesado encargo da inatividade de elementos os mais produtivos da nação.

Não implica êsta orientação no desprezo, bem se vê, d'êsses outros infelizes doentes, que, após terem sofrido os inúmeros padecimentos da molestia, veem-se sobrecarregados com novas e mais graves lesões, quasi sempre definitivas. Não, pelo contrário. Os Serviços de Combate ao Tracoma em seu objetivo de profilaxia e tratamento estariam aparelhados com hospital adequado à terapêutica d'êsses casos. Seria, porém, em face das fórmãs evolutivas, aparelhamento complementar.

A obra essencial e para a qual devem estar voltadas as atenções é a de surpreender e jugular a doença nas fases ativas de contaminação dos períodos iniciais e das fórmãs floridas, puras ou complicadas.

Foi essa orientação unilateral e defeituosa, que se não compadece com as normas que se devem imprimir à questão de profilaxia e terapêutica do tracoma, que determinou a subestimação do trabalho médico em detrimento do profissional e do docente. Fácil fôra depois desvirtuar-se a missão, despindo-a das finalidades superiores pela subtração indevida aos deveres e obrigações que são inerentes à autoridade funcional do médico, cujas responsabilidades não pôdem, em caso algum, ser divididas ou fragmentadas.

Colhe a orientação que se adstringe à tarefa de bem cuidar e examinar, de início, o doente como unidade patológica, visando o fóco maior do mal, em proveito imediato da comunidade geral, quando apuramos os benefícios por êla propiciado, com o recurso da moderna quimioterapia, ao doente e ao médico.

Ao docente, pelo abrandamento ou supressão rápida da epífora e da secreção, juntamente com outros sintomas subjetivos e objetivos, que lhe permitem, mais cedo do que antigamente era possível efetuar-se, retomar o trabalho e as atividades suspensas. Êsses fatos inegavelmente têm uma grande influência geral, por isso que diminuem as fontes de contágio da doença. E' de repercussão não sómente de ordem social mas, sobremaneira, na esfera econômica e produtiva dos Estados e do País.

Inquestionavelmente, a quimioterapia atual do tracoma oferece dia a dia novos aspectos, inéditos até agora, que surpreendem aos mais indiferentes ou cépticos e que fazem encarar a questão por fases ainda não entrevistadas. Entre tantas, uma ainda deve-se destacar: a que revela ser a nova medicação uma terapêutica de grupo, que não alcança somente o indivíduo isolado, mas que pôde suprimir a enfermidade nos focos de sua mais ampla e nefasta atividade, abrangendo, com eficácia, a totalidade das comunidades (colégios, corporações civis e militares, colônias, etc. etc.).

E' o que nos mostra agora a experiência, partida da observação original do Instituto Penido Burnier, através dos ensinamentos de Lech Junior.

Ao médico, ésta orientação profilática e terapêutica tem o grande mérito de o repôr no lugar que deve sempre ocupar, reintegrando-se assim, na elevada tarefa de exercitar o seu mistér não somente como higienista ou como especialista, mas, principalmente com sentido clínico.

Si outras razões minguassem à consideração das virtudes de tal direção e de tal conduta, bastariam os efeitos que éla proporciona ao doente, mitigando-lhe padecimentos que se arrastavam longamente, e ao médico, valorizando-lhe o trabalho e prestigiando-lhe a ação, para lhe conferir significação de grande transcendência terapêutica, médica e social.

Procuramos com ésta modesta contribuição trazer a nossa homenagem e o nosso aplauso á obra benemérita do Instituto Penido Burnier, consubstanciando, em um corpo de doutrinas, as idéias, que, em tômo do problema médico e higiênico do tracoma, aqui foram manifestadas e estabelecidas. Éstas idéias não de sugerir outras idéias, que permitam enfeixar, em uma série de medidas, a norma mais produtiva e eficaz da campanha antitracomatosa.

Foi o que, com os nossos apoucados recursos, intentamos realizar.

Traumatismos da mão

Fraturas do metacarpiano e das falanges do polegar

pelo **Dr. Secco Eichenberg**

Docente livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre
Médico Chefe da PROTETORA Cia. de Seguros contra Acc. do Trabalho

Trabalho executado:

- a) no serviço da 2.^a cadeira de Clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre: Prof. GUERRA BLESSMANN (Enfermaria "Professor Guerra Blessmann — ex. 8.^a Enf. da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre).
- b) no Ambulatório Central da Protetora Cia. de Seguros contra Accidentes do Trabalho em Pôrto Alegre.

Sob todos os prismas que encararmos o problema do perfeito funcionamento dos movimentos da mão, não podemos deixar de reconhecer a sua capital importância.

Fácil é compreender o que efetivamente representa a mão para qualquer pessoa, no desempenho das funções de sua profissão, para não falarmos, do ponto de vista estético, que adquire um papel secundário.

Ainda mais avoluma de importância o caso, quando se trate de operários e profissionais, cuja atividade se encontra íntima e exclusivamente ligada a uma mão de funcionamento normal.

Em um de nossos trabalhos de publicação recente, já abordamos de um modo geral este assunto ⁽¹⁾, ao estudarmos o "Tratamento dos ferimentos".

Procurando compreender e esclarecer a magnitude deste problema, procurando coordenar vários métodos de exame e tratamento, nas diversas lesões, passíveis de decorrer da ação de um traumatismo sobre a mão, resolvemos com o material tirado de casos por nós tratados, encarar, em diversos trabalhos, sob vários aspectos, o assunto acima exposto.

O traumatismo pôde acarretar as mais diversas lesões, passando por toda a gama de ferimentos. às lesões do arcabouço ósseo da mão e dedos, com as fraturas e luxações, não deixando de mencionar outras lesões de menor importância, como sejam as simples contusões e as distorsões.

Os ferimentos, na mão, adquirem um carácter todo peculiar, não só devido à formação anatomica da mesma, como da feição que pôde adquirir, uma das mais sérias complicações dos ferimentos, a infecção, à base desta mesma formação anatomica.

E' nosso objetivo dedicar, em trabalho separado, nossa atenção a esse problema de máximo interesse, baseando nosso ponto de vista, nas

conclusões de nosso já citado trabalho sôbre o tratamento dos ferimentos (2).

As fraturas e luxações, representam outro vasto campo, e conforme o osso ou articulação atingida apresentam, tanto para o diagnóstico, como para o tratamento, particularidades interessantes.

Iniciaremos, pois, êstes estudos, nêste trabalho, com a apreciação de alguns casos de fraturas do polegar e de seu metacarpiano.

As fraturas da mão representam mais de 10% das fraturas gerais, pois segundo a estatística de BRUN'S (3), atingem a 11,05% e as dos metacarpianos, representam uma percentagem menor, que varia muito com as diversas estatísticas.

Segundo OBERST (4) a percentagem é de 2,3%, na estatística oficial suíça atinge a 4,4% (5), mas para Malgaigne desce a 0,75%, enquanto que Plagemann dá um valor mais semelhante ao de OBERST com 2,5% (6).

Dentre as fraturas dos metacarpianos são mais frequentes às do 1.º e do 5.º, por serem os mais expostos, e incontestavelmente as fraturas do metacarpiano do polegar ou do primeiro metacarpiano são às que maior interesse despertam, por suas particularidades todo especiais.

As fraturas das falanges, no polegar não são tão frequentes como nos outros dedos e não apresentam, tanto sob o ponto de vista do diagnóstico, como do tratamento grandes diferenças das dos outros dedos da mão.

Verifica-se pois, facilmente, que as fraturas do metacarpiano do polegar são mais importantes que as das falanges do mesmo, principalmente em vista das condições todo diversas que as mesmas apresentam.

Estudando a estatica da mão, em relação às lesões do metacarpiano do polegar, LUCENA (7), verifica três posições da mão, e as consequências de uma má consolidação sôbre às mesmas.

Assim descreve:

I *Posição de pressão do punho cerrado.* — Como se dá ao empunhar fortemente o cabo de um martelo. — Nesta posição o polegar está em oposição ao carpo, e nêste caso a má redução de uma fratura marginal impediria a execução perfeita dêste movimento.

II *Posição de preensão dígito palmar de Rémy.* — Como se dá ao tomar o cabo de uma serra. — Sendo o objeto fixado a custa do polegar. Nêste caso ainda seria possível atingirmos o fim desejado mesmo com um polegar semi-anciloso.

III *Posição de pinça dígito palmar de Rémy.* — Posição para a preensão de objetos leves e que é feita a custa do polegar e de um dos outros dedos (polegar e índice no caso dum prego; polegar, índice e médio no caso dum pincel). Nêste caso o polegar é o dedo mais importante e sosinho um dos ramos da mencionada pinça. Um polegar anciloso ou defeituoso, em muito dificultaria, se não impediria a execução exata da posição referida.

Vemos pois, as diversas dificuldades que pôdem provir de um tratamento inadequado, com reliquat negativo, de uma fratura do metacarpiano do polegar.

Impõe-se dêste modo o perfeito conhecimento destas fraturas, de seu diagnóstico e de seu tratamento.

A melhor divisão das fraturas do metacarpiano do polegar, que encontramos, é a de Nely e Lichtenstein (8) e que abaixo transcrevemos:

I Na BASE.

- a. *Intra - articular.*
 - 1. Tipo Bennett.
 - 2. Tipo Rolando.
- b. *Extra - articular.*
 - 1. Transversa.
 - 2. Obliqua.
 - 3. Cominutiva.

II. Na DIAFISE.

- 1. Transversa.
- 2. Obliqua. Em espiral.
- 3. Longitudinal.

III. Na EPIFISE ANTERIOR.

- 1. Transversa.
- 2. Obliqua.
- 3. Cominutiva.

Outros autores ainda acrescentam os descolamentos epifisários ao nível de ambas as epifises.

Destas todas a mais importante e que merece sempre ser tratada em destacado é a fratura da base, do tipo de Bennett. — Daremos um resumo sôbre a mesma, visto que nos casos por nós tratados não se encontra nenhum do tipo de Bennett.

O tipo Bennett é a fratura longitudinal da âpofise palmar do metacarpiano do polegar, lógo fratura da base do mesmo metacarpiano, com sub-luxação do polegar.

O tipo de Rolando é a associação da fratura do tipo de Bennett a um traço de fratura juxta epifisária transversal.

Sendo do perfeito conhecimento de todos a estrutura anatomica do metacarpiano do polegar, fácil se torna a compreensão das outras variedades de fraturas dêste metacarpiano.

Quanto à frequência, ISELIN e COURVOISIER (9) declaram que as fraturas extra-articulares, transversas ou obliquas da base do metacarpiano do polegar, representam segundo ROBINSON 59 sôbre 87 ou segundo WINTERSTEIN 35 sôbre 100 dos casos.

MAISONET (10) afirma que as fraturas do metacarpiano do polegar, mais frequentes são as da base.

Quanto à sintomatologia, WERNECK e BATISTA (11), apresentam um interessante esquema de sintomas, que abaixo reproduzimos :

I. FRATURAS DA DIAFISE.

- Edema, com deformação do dorso da mão.
- Equimose.
- Dôr localisada.

Impotência funcional, relativa a determinado dedo.

II. FRATURAS DA EPIFISE INFERIOR OU COLO.

Dôr ao nível articulação metacarpo-falangeana, acentuada à pressão.

Edema da base do dedo correspondente.

Impotência funcional absoluta.

III. FRATURAS DA EPIFISE SUPERIOR OU BASE.

Dôr ao nível da base do metacarpiano.

Edema localizado.

Impotência funcional relativa.

Esta sintomatologia é extensiva, dum modo geral à todos os metacarpianos e sómente ao nível do primeiro metacarpiano ou do metacarpiano polegar, é que nos tipos especiais, de fraturas da base, Bennett e Rolando, encontramos alguns sinais particulares aos mesmos, principalmente em face da sub-luxação do polegar, que alíás é o principal elemento diferencial destas fraturas.

E' natural que nas fraturas completas, poderemos encontrar outros sinais peculiares às fraturas, tais como a crepitação óssea, mas queremos crer que na grande maioria dos casos possamos dispensar tais pesquisas, pois o diagnóstico é possível de ser estabelecido clinicamente, sem lançarmos mão de tais manobras, que além de despertarem dores às vezes vivas, pôdem ter outros inconvenientes, dêste modo evitados.

KEY e CONWELL (12), são de opinião que a importância das fraturas dos metacarpianos, reside em sua repercussão sôbre a mão, sob ponto de vista funcional principalmente. A ação determinante da fratura poderá ser diréta, por golpe por exemplo, ou indiréta por trauma na articulação metacarpo-falangeana, ou exagero forçado de certos movimentos dos dedos correspondentes, principalmente no caso do primeiro e quinto metacarpianos. Nas fraturas de base, poderemos ter uma compressão axial, golpe diréto sôbre a base ou compressão e hiperestensão em quéda, com o dedo em abdução forçada.

Na fratura de Bennett, afóra os sintomas gerais já anotados, ainda poderemos mencionar dois outros sinais, a saber: deformidade na face dorsal, com aumento do diâmetro antero-posterior da base do metacarpiano do polegar, deformidade que se reduz pela ação sôbre o polegar, e que volta lógo que esta cesse; e finalmente a conservação do comprimento do metacarpiano (sinal de Kuss) (13).

Quanto às fraturas das falanges, que representam, nos dedos das mãos, 2,87% (14) do total das fraturas, não apresentam, no polegar diferenciação sôbre às dos outros dedos da mão. GIOIA, classifica as fraturas das falanges, entre si, pela frequência, e do seguinte modo: 1.ª falange — 50%, 2.ª falange — 15% e 3.ª falange — 30%.

Sob o ponto de vista anatomo-patológico, as falanges pôdem ser divididas, em relação às fraturas em dois grupos, o formado pela pri-

meira e segunda falanges e o segundo pela terceira ou ungueal. Para o polegar, o primeiro grupo é composto unicamente pela primeira falange, cabendo ao segundo grupo a segunda ou ungueal, neste caso.

Assim pois a fratura da primeira falange do polegar pôde atingir as epifises e a diafise, e seus mecanismos pôdem ser diréto ou indiréto, sendo êstes últimos, ou por exagero da curvatura normal da falange ou por torsão.

As linhas, neste caso, assemelham-se às da diafise e epifise anterior do metacarpiano, sendo as fraturas das epifises, sempre articulares.

No segundo grupo, ou da segunda falange do polegar, falange ungueal, o mecanismo é por achatamento ou hiperflexão. — No primeiro caso, teremos uma fratura cominutiva e no segundo o traço de fratura, quasi sempre corre ao nível da união da epifise proximal e a diafise.

No caso da fratura da primeira falange os sintomas, nas diafisárias, são os classicos sintomas de fraturas. Nas epifisárias sem descolamento do fragmento distal, a sintomatologia aproxima-se muito da de uma distorsão. Quanto existe o descolamento, existe um aumento do diâmetro da epifise, dôr violenta localisada, impotência funcional, no geral parcial, com os movimentos difíceis e dolorosos.

Nas fraturas da segunda falange, existe a dôr localisada ou generalisada a toda a falange nos casos de achatamento, o hematoma e as equimoses, os sinais externos dependentes da violência do agente traumatizante, deformidades, etc.

MATTI ⁽¹⁵⁾ acha que as fraturas de base da primeira falange do polegar são diréto por achatamento, e quasi sempre articulares. Declara-as análogas à fratura de Bennett do metacarpiano.

Estudando as fraturas da primeira falange dos dedos da mão em geral, é de opinião que as fraturas epifisárias ou os arrancamentos circunscritos da superficie articular basal no território de um dos bordos laterais, são raras. E assim mesmo, tem sua maior frequência, na opinião d'êste autor, na primeira falange do polegar.

Consignamos com interêsse esta opinião, visto que um dos casos que apresentamos entre nossas observações se enquadra perfeitamente nas fraturas acima descritas, pois no caso vertente, se trata dum arrancamento da superficie articular basal da primeira falange do polegar.

Quanto ao tratamento, é desde logo compreensível, que as fraturas do metacarpiano do polegar, apresentem condições especiais, requerendo aparelhos e técnicas apropriadas, enquanto que as fraturas das falanges, sigam, dum modo geral, técnica de tratamento das fraturas de falanges em geral, sem especificação do dedo correspondente.

Mesmo dentre as fraturas do metacarpiano, é a variedade de Bennett, cujo tratamento tem sido mais discutido e em torno do qual maior número de técnicas tem sido propostas.

Dentre estas, aliás de acordo com seu espírito renovador e idealizador, foi BOEHLER ⁽¹⁶⁾, quem criou, até ao presente momento uma das mais inteligentes e eficazes técnicas de tratamento.

BOEHLER faz depender sua técnica da existência ou não da sub-luxação do polegar pelo deslocamento do fragmento diafisário para o lado radial. Quando tal não existir e não houver afastamento das su-

perfícies fraturadas um simples aparelho gessado, mantém a coaptação. Em casos de deslocamento e sub-luxação, pratica o aparelho gessado, de conformidade com seus preceitos gerais, fixando o polegar em abdução extrema. Quando à sub-luxação ainda se ajunte um encurtamento, então lança mão da tração contínua, tração direta sobre a ponta do polegar, pela transfixação por meio de fio de Kirschner ou de um fio de aço inoxidável. Unicamente recorre à intervenção sangrenta, quando resultarem entravados os movimentos por obstáculos ósseos, que deverão ser afastados.

LUCENA (17), preconiza a tração contínua nos casos de deslocamento acentuado dos fragmentos, enquanto que WATSON (18) sómente muito raramente lança mão da tração, pois acredita que uma vez convenientemente reduzida, a fratura de Bennett ou qualquer outra fratura de base do metacarpiano do polegar, dificilmente os fragmentos se afastam novamente. Mantém a fratura reduzida por um aparelho gessado, com o polegar em abdução. Chama a atenção para uma boa redução, afim de que posteriormente os movimentos de abdução do polegar não sejam comprometidos.

BAUER (19), combina o aparelho gessado com uma tração contínua pelo esparadrapo apoiada numa haste metálica encurvada. Lembra-nos entretanto que a tração contínua pelo esparadrapo, nos dedos, como em qualquer parte, sempre é passível de uma diminuição da força de tração, bem como da irregularidade da mesma, visto que com bastante facilidade desliza sobre a pele.

LASCHER (20) em sua interessante obra sobre cirurgia industrial, preconiza para as fraturas de base do metacarpiano do polegar, a tração contínua com aparelho gessado, aceitando a técnica de Boehler.

Em França, MARC ISELIN e JOSEPH COURVOISIER (21), autores que estudaram detidamente os traumatismos da mão e dos dedos, citados por OMBREDAMNE em seu recente tratado, adotam in totum a técnica de Boehler para o tratamento das fraturas dos metacarpianos e das falanges dos dedos da mão. MASMONTEIL (22) usa a tração contínua em linha réta, por meio do esparadrapo. GIOIA (23) igualmente baseou este capítulo de seu trabalho nos estudos e técnica de Boehler.

WHEELER (24), nos casos de fratura de Bennett, aplica uma tala de sua construção, composta duma placa radial, adogada sobre este bordo do antebraço e mão, com um pertuito para o polegar, que é então mantido em tração e em abdução por meio de tração apoiada numa armação metálica lateral. Tem este aparelho o inconveniente de não se ajustar perfeitamente em todos os casos, devido às diferenças de mensuração do antebraço e da mão. Existe pois a necessidade de termos várias destas talas especializadas, enquanto que adotando o método de Boehler ou usando o método de tração por nós idealizado e usado em dois de nossos casos, a mesma armação serve para qualquer indivíduo, adulto ou criança.

Quanto ao resultado do tratamento, MAISONET (25), afirma que nas extra-articulares, mesmo com deformidade, o resultado é favo-

TAUROCOLO

(Taurocolato de Guaiacol)

A MAIS EFICAZ E A MAIS TOLERADA
DAS TERAPEUTICAS BALSAMICAS

Acalma a tosse

Favorece a expetoração

Descongestiona a mucosa bronquial

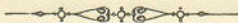
NÃO CONTÉM OPIÁCEOS

Particularmente indicado às crianças,
—— gestantes e nutrizes ——

——
VIA ORAL E INJETAVEL
——

INSTITUTO LORENZINI — SÃO PAULO
Caixa Postal 2893

NATROL



NÃO É { um simples bismuto
 { um similar de Natrol

É **NATROL** mesmo.

Tártaro-bisbutato de sódio em soluto aquoso,
perfeito, indolor, bem tolerado.

Obtido após pesquisas originais dos Professores **Parreiras Horta** e **Paulo Ganns**, controladas pelo Prof. **Giemsa**.

Consagrado como “o melhor bismuto” pela Classe Médica do Brasil em 20 anos de uso intenso e progressivo.

Carlos da Silva Araujo, S. A. — Caixa Postal 163 — Rio

LABORATORIO CLINICO SILVA ARAUJO — L. C. S. A.

Agente em Porto Alegre: Fausto Sant'Anna — Rua Siq. Campos, 1257

Agente em Pelotas: Bohns Irmãos — Rua Marechal Floriano, 115

rável, enquanto que nas intra-articulares torna-se reservado em 15% dos casos a esquerda e em 20% dos casos a direita.

A figura abaixo, retirada do livro de BOEHLER (26), demonstra cabalmente, quaes as trações a serem efetuadas durante a redução duma fratura de Bennett. De um modo geral se adaptam para as restantes fraturas de base. Nas fraturas de diafise, a tração é longitudinal com o polegar em abdução, o mesmo acontecendo nas fraturas da epifise anterior.

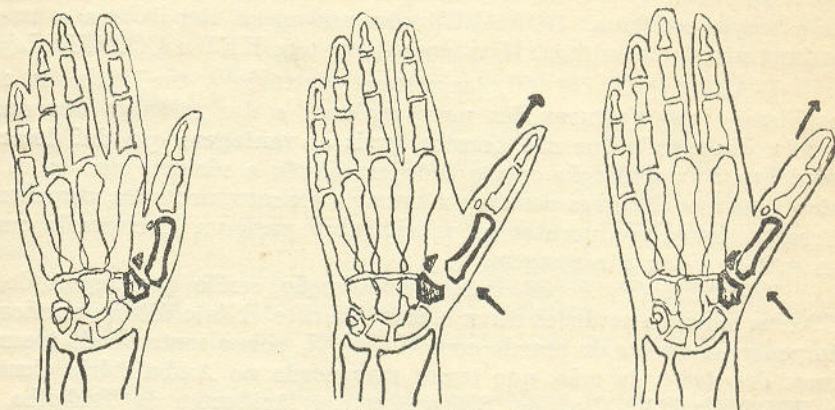


Figura n.º 1

(Técnica del Tratamiento de las fraturas — Lorenz Boehler — Fig. 497 a 499)

Assim pois quanto às outras formas de fraturas do metacarpiano do polegar, o processo básico de tratamento é a redução e manutenção em aparelho gessado com ou sem tração contínua, mas sempre com o polegar em abdução.

Quanto ao tratamento das fraturas das falanges do polegar, éste não se diferencia, em linhas gerais do das falanges de outros dedos da mão. Obedece aos mesmos princípios básicos, sómente que no geral a tração contínua é feita com o polegar em extensão e abdução e não o polegar em flexão, se bem que alguns autores entre elles JAHSS (27), preconisem e usem a contensão do polegar em flexão máxima de encontro à palma da mão.

A tração contínua póde ser feita ou com esparadrapo ou por meio de fios metálicos inoxidáveis, passando ou pela falange ungueal ou pela polpa digital do dedo correspondente. KLAPP e RUECKERT (28), para os metacarpianos, fazem a transfixão da primeira falange; para esta, a da segunda falange e no polegar da ungueal.

Nas fraturas da falange ungueal ou da segunda do polegar, a simples contensão por meio duma tala aplicada ao polegar é suficiente.

MATTI (29), declara que as fraturas dos dedos (de suas falanges) não tem sido cuidadas devidamente, visto que sómente ZIEGLER em 403 casos encontrou 24,9% de incapacidades permanentes, com um período de cura demorado.

Nos casos de arrancamento de partículas ósseas ao nível da superfície articular das falanges, MATTI preconiza a mobilização activa precoce, e caso resultar depois uma partícula óssea móvel, esta deverá ser afastada operatoriamente, afim de evitar a instalação de um processo crônico articular pela irritação que determina. — Mas devemos lembrar, que apesar dos bons resultados que temos colhido com o Líquido de PAÏR nas articulações, sempre preferimos intervir o menos possível em relação às mesmas.

LUCENA ⁽³⁰⁾, é de opinião, que em tais casos, dever-se-á empregar a tração contínua. BOEHLER sómente opera, depois que a tração contínua não der resultado. Idêntico parecer tem KEY e CONWELL⁽³¹⁾.

WATSON-JONES ⁽³²⁾, mostra-se contrário à tendência da não imobilização, nas fraturas dos metacarpianos e das falanges dos dedos da mão, declarando que não percebe quais as vantagens que daí decorriam. Faz a imobilização com o dedo em flexão e sómente dos dedos lesados, para que os outros possam continuar a ser movimentados *ativamente*, julgando contra-producentes os movimentos passivos, declarando mais, sem grande valor a massagem.

WILSON ⁽³³⁾ é pela curta imobilização, sendo que depois de 10 a 12 dias mobilisa os dedos ativa e passivamente. Nêste último particular não poderemos estar de acordo com WILSON, pois o material de traumatismos dos dedos da mão, que temos manuseado no Ambulatório Central da PROTETORA, Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho, ao mesmo tempo que nos tem demonstrado o alto valor da mobilidade activa, nos desaconselhou desde logo o emprego da mobilização passiva.

BAUMECKER ⁽⁴³⁾, nas fraturas articulares das falanges usa a tração contínua por meio de uma dedeira fixada sôbre o dedo a custa de mastisol.

SCUDDER ⁽³⁵⁾ cita a opinião de SMITH e RIDER, declarando que clinicamente necessita-se só da quarta parte do tempo de cura radiológica das fraturas de falanges, no geral cinco meses, logo cinco semanas unicamente. Chamam também a atenção que radiologicamente, o traço de fratura de uma falange, após 30 dias é mais nítido do que logo após o traumatismo, se bem que a consolidação se tenha processado perfeitamente.

Todas as apreciações acima foram feitas na base de fraturas fechadas. No caso da fratura, quer do metacarpiano, quer das falanges, ser exposta, então deveremos agir de acordo com os preceitos gerais, de conformidade com o espaço de tempo que tiver decorrido entre o traumatismo e a época em que formos chamados a atender o caso.

Dentro das seis primeiras horas ou mesmo num espaço de tempo maior, tomadas as precauções assinaladas em nosso trabalho sôbre o tratamento dos ferimentos ⁽³⁶⁾, deveremos procurar transformar a fratura exposta em uma fratura fechada, pela resecação dos bordos e fundo do ferimento e sutura do mesmo. Depois continuaremos o tratamento como se fora uma fratura fechada.

Não sendo isto possível, seguiremos a técnica anteriormente descrita, praticando a redução e contensão da fratura, procurando deixar livre o ferimento, afim de que possam ser praticados os curativos devidos.

Apresentaremos em seguida três casos por nós tratados, comentando suas particularidades e descrevendo um dispositivo de tração contínua que temos empregado em dois destes casos.

I. M. L. B., com 37 anos, branco, viuvo, serrador de lenha, natural de Portugal, residente a rua Voluntários da Pátria n.º 3207, acidentado da PROTETORA, Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho — REF. n.º 996/1938.

No dia 7 de Novembro de 1938, às 9 horas, ao serrar uma acha de lenha, um dos fragmentos veio bater com bastante força sobre a mão E, produzindo forte contusão ao nível do dorso da mesma e uma incapacidade funcional do polegar da mesma mão.

Apresentou-se, imediatamente no Ambulatório Central da Companhia e então verificamos, algumas escoriações no dorso da mão E e polegar E. Edema do dorso da mão e do polegar, com dor localizada ao nível da articulação metacarpo-falangeana do polegar, articulação com movimentos ativos quasi nulos em face da dor que despertavam e os passivos reduzidos em muito, por obstáculo que se antepunha à flexão do polegar.

Em face destes dados, fizemos o diagnóstico clínico de uma fratura articular ou da epífise anterior do metacarpiano ou da primeira falange do polegar em sua epífise posterior, com provável arrancamento de partícula óssea.

Colocada uma tala de madeira, remetemos o caso para o radiologista, que a 8-11-1938, nos revelou a existência de uma fratura da superfície articular da epífise posterior da primeira falange do polegar E, com arrancamento de um pequeno fragmento ósseo.

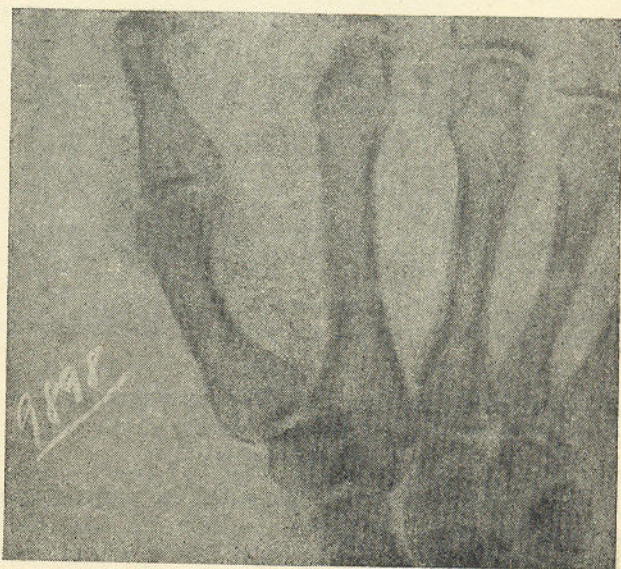


Figura n.º 2
Radiografia — 8-11-1938 — de perfil — Caso I)

Impunha-se a redução desta fratura, afim de evitar que o fragmento ósseo destacado viesse futuramente impedir ou dificultar os movimentos de flexão da articulação metacarpo-falangeana.

Para tal nos baseamos na técnica de Boehler e a 11-11-1938 colocamos, após redução, um aparelho gessado, com o polegar em abdução e munida de um dispositivo para tração contínua, por meio de um fio de aço Krupp inoxidável, passado através da polpa digital do polegar E, e adaptada à uma mola espiral para a tração contínua.

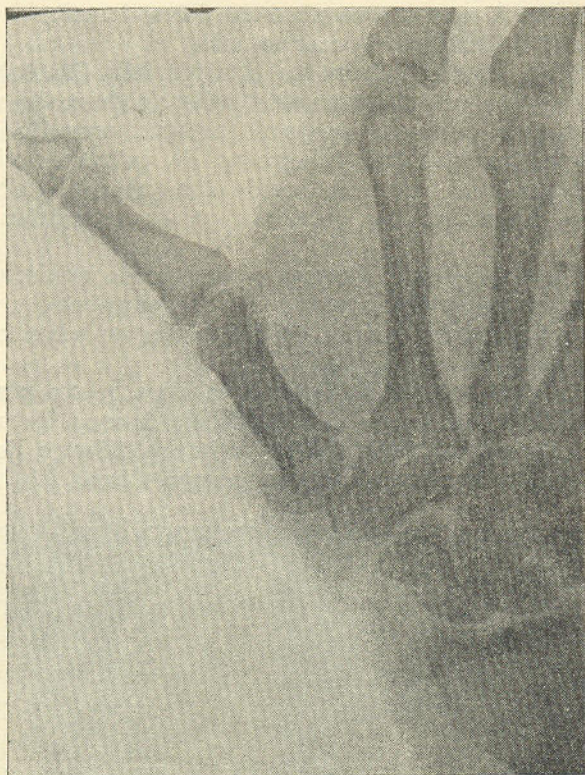


Figura n.º 3

Radiografia (12-11-1939 — Caso II antes do tratamento)

Por ocasião do relato do caso n.º II, descreveremos o aparelho com maiores particularidades, visto que por ocasião dessa outra fratura, tiramos umas fotografias do aparelho colocado.

Não houve reação inflamatória ao nível da polpa digital, em vista das embrocagens frequentes de Líquido de Payr. A 5 de Dezembro retiramos o aparelho e a 13 do mesmo mês, isto é, cinco semanas após o traumatismo, o paciente tinha alta curado, voltando ao trabalho, com sua capacidade integral. No espaço de tempo de 5 a 13 de Dezembro o paciente unicamente fez a movimentação ativa do mencionado polegar.

II. — L. N., 30 anos, branco, solteiro, fotografo, natural d'este Estado, residente nesta Capital, procurou a 12 de Novembro de 1939 o serviço externo da Enfermaria "PROF. GUERRA BLESSMANN", na Santa Casa de Misericordia.

Pela manhã havia sofrido uma quéda, apoiando-se violentamente sôbre a mão E espalmada torcendo o polegar(sic.) Apresentou em seguida violenta dôr ao nível do polegar, principalmente na sua base e movia o mesmo com muita dificuldade.

Examinado, apresentava o paciente dôr localizada ao nível da base do metacarpiano do polegar E, com forte edema regional. Impotência funcional relativa. Nosso diagnóstico clínico foi de fratura extra-articular da base do primeiro metacarpiano.

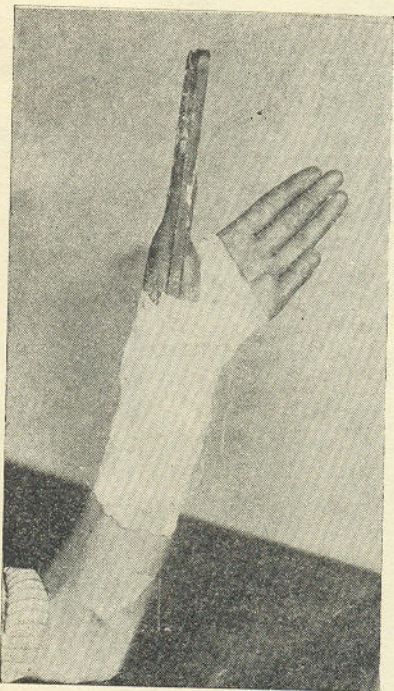


Figura n.º 4
Aparelho visto de frente — Caso II

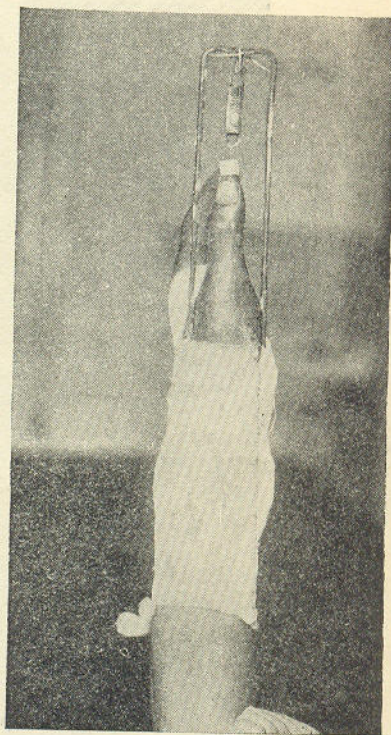


Figura n.º 5
Aparelho visto de perfil — Caso II

Uma chapa radiografica batida na mesma hora confirmou o diagnóstico, demonstrando a existência de uma fratura transversa extra-articular da base do metacarpiano do polegar E.

Em face do forte edema, aplicamos temporariamente uma tala e mandamos o paciente fazer uso por uns dias de compressas de água vegeto-mineral.

A 20 de Novembro de 1939, logo, após uma semana, aplicamos o aparelho gessado com tração contínua, em seguida à redução manual da fratura e conservação do polegar em abdução.

As figuras nos. 4 e 5, permitem ver o aparelho colocado, de frente e de perfil, demonstrando as particularidades do mesmo.

Compõe-se o aparelho de duas partes, o aparelho gessado propriamente dito e o dispositivo para a tração.

O aparelho gessado é colocado segundo os princípios de Boehler, com duas talas mantidas por ataduras gessadas circulares. O polegar fica em abdução. Sobre o bordo radial o gesso cobre a base do metacarpiano do polegar.



Figura n.º 6
Radiografia: 12-12-1939 — Caso II. Depois do tratamento

O dispositivo de tração é composto de uma haste de ferro dobrada em forma de um retângulo, com uma das faces menores aberta, e em cuja outra face menor, foi praticada justamente na parte mediana uma depressão, que serve para fixar a mola espiral que faz a tração.

A mencionada haste é fixada pelo próprio aparelho de gesso, devendo suas pontas que atingem o terço inferior do antebraço serem devidamente isoladas, afim de não ferirem a pele. A distância da ponta do polegar do fundo da haste vergada, deve ser calculada de acordo com o tamanho da mola espiral, de modo que permita a colocação da mesma e os movimentos necessários para o aumento ou diminuição da tração desejada.

A mola espiral a ser usada, póde ser adquirida em qualquer depósito de peças para automóveis e fixa-se sôbre o polegar através de um fio de aço inoxidável Krupp, passado na polpa digital, com auxílio de uma agulha triangular de sutura de pele. Afim de evitar que ôste fio venha a cortar os tecidos da polpa digital do polegar, adata-se um pequeno tarugo de madeira, de maneira que os dois ramos do fio façam tração vertical. Acima do tarugo, torcem-se os ramos do fio, fixando-os na argola inferior da mola espiral. Pela argola superior, esta mola, fixa-se por sua vez sôbre a base da haste vergada, ao nível da reintrância da mesma, e nesta ocasião, pela maior ou menor tração da mola espiral, teremos a maior ou menor tração do polegar.

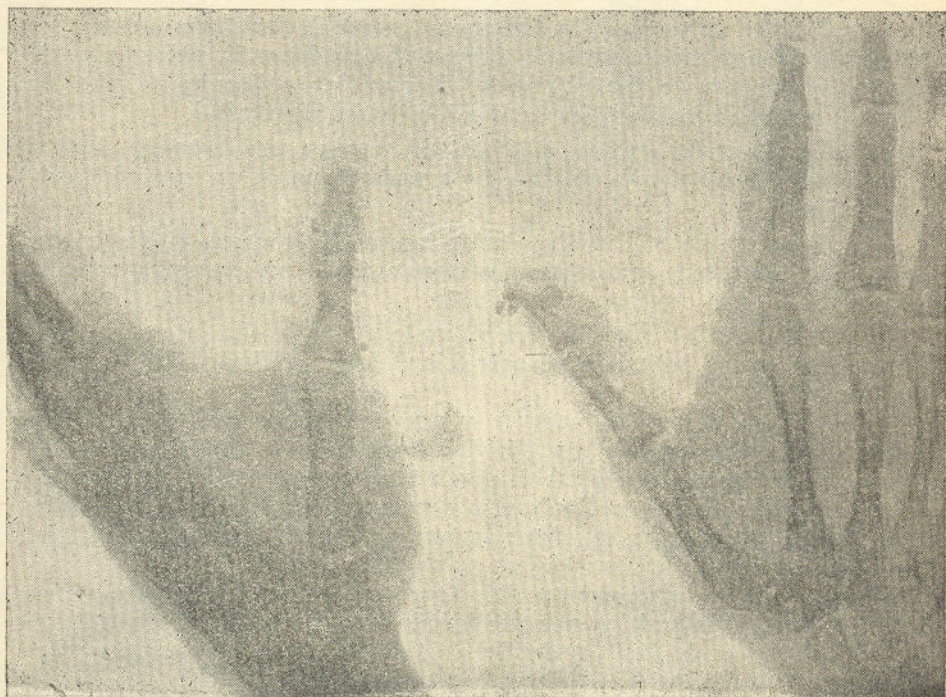


Figura n.º 7 — Radiografia 26-3-1940 — Caso III

Esta tração é contínua, sem perigo de sofrer irregularidades e regulável com a maior facilidade, a qualquer momento. O aparelho é simples e de fácil colocação e não exige o uso de partes complicadas e de difícil obtenção.

Para evitar qualquer infecção ao nível do fio que atravessa a polpa digital, costumamos fazer diariamente de início e depois de 3/3 dias, uma embrocção com Líquido de Payr.

No caso presente, bem como no caso anterior, não observamos nenhuma reação inflamatória. No dia 12 de Dezembro de 1939, retiramos o aparelho, e batemos nova chapa radiográfica, que veio demonstrar o desaparecimento do desvio acentuado apresentado na radiografia anterior.

O resultado dêste caso foi ótimo, pois seis dias após o paciente retomava o exercício de sua profissão, sem o menor incômodo. Após a retirada do aparelho, somente aconselhamos ao paciente a movimentação ativa. Visto dois meses após, apresentava-se completamente curado, sem defeito algum.

III. W. R., 17 anos, branco, solteiro, fundidor de cimento, residente nesta Capital, acidentado da PROTETORA, Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho. REF. A 875/1940.

A 25 de Março de 1940, quando levantava uma chapa de cimento, que estava retirando do molde, aconteceu que num movimento em falso, a mesma veio bater sobre a mão esquerda e sobre a base do polegar E.

À tarde do mesmo dia apresentou-se no Ambulatório Central da "Protetora", com leve impotência funcional do polegar E, principalmente para o movimento de flexão forçada. Edema leve e discreto ao nível da base do primeiro metacarpiano e dor localizada nêsse nível.

A radiografia tirada a 26-3-1940, revelou um traço de fratura transversa, extra-articular da base do metacarpiano do polegar, tipo subperióstica.

Em vista de não existir deslocamento de fragmentos, resolvemos prescindir da tração, aplicando na mesma tarde um aparelho gessado, tipo Boehler, com o polegar em abdução.

A 19-4-1940 o aparelho era retirado e no dia seguinte o paciente tinha alta curado, voltando ao exercício de sua profissão, sem o menor incômodo.

O relato dêstes três casos, com seus ótimos resultados, tanto funcionais como anatomicos e que não deixaram reliquat algum a perturbar os pacientes, demonstra em sobejo que a técnica preconizada por Boehler, com o aparelho gessado aplicado com o polegar em abdução após a redução da fratura, resolve satisfatoriamente o problema terapêutico dêstes casos.

Quando os deslocamentos dos fragmentos fazem necessária a tração contínua, o dispositivo por nós ideado e aplicado nos dois primeiros casos, não só é de fácil confecção e aquisição das partes componentes, como seus resultados são totalmente satisfatórios.

O mencionado dispositivo serve para qualquer indivíduo, pôde ser conseguido em qualquer parte, principalmente em vista da mola poder ser também substituída por um tubo ou fita de borracha, e a tração que desenvolve é regulável e firme.

A transfiguração da polpa digital pelo fio de aço Krupp inoxidável, mantido o dispositivo de madeira (tarugo) é inocua, mormente si aplicarmos externamente o Líquido de Payr.

O aparelho, como o descrevemos no caso II, serve não sómente para as fraturas do metacarpiano do polegar, como se enquadra também nos casos de fraturas das falanges, tanto da primeira como da segunda ou ungueal do polegar.

BIBLIOGRAFIA

- (1 a 2) — SECCO EICHENBERG — Tratamento dos ferimentos — Sua orientação moderna. — "Medicina e Cirurgia" — Ano II — N.º 1 — Tomo 2 — 1940 — Pôrto Alegre.
- (3 a 5) — MATTI Herrmann — Fraturas y tratamiento — Tr. esp. de 1.ª 2.ª ed. alemana. 1934 — Barcelona.
- (6 e 7) — LUSENA Gustavo — Traumatologia Clínica — Tr. esp. de 1.ª, 1.ª ed. italiana. 1933 — Barcelona.
- (8) — NEALY R. W. e LICHTENSTEN M. E. — Bennett's fracture and other fractures of the first metacarpal. — Surgery Gynecology, Obstetrics — 1933 — V. 56 — 197.
- (9) — ISELIN Marc e COURVOISIER Joseph — in *Traité de Chirurgie Orthopedique de L. Ombredanne e Mathieu* — Tome III — 1937.
- (10) — MAISONET P. — in *Tratado de Patologia Cirurgica de Basset* — Vol. II. — Tr. esp. 1.ª ed. francesa — Salvat. — Barcelona.
- (11) — WERNECK e BATISTA — Diagnóstico Cirúrgico.
- (12) — KEY J. A. e CONWELL H. F. — The management of fractures, dislocations and sprains. — 2d. ed. Mosby & Co. — 1937.
- (13-14) — GIOLA Terencio — Fraturas y Luxaciones — Buenos Aires — Vol. III.
- (15) — Obra citada sob nos. 3 a 5.
- (16) — BOEHLER Lorenz — Técnica del tratamiento de las fraturas — Tr. esp. de la 4.ª ed. alemana — 1934 — Barcelona.
- (17) — Obra citada sob nos. 6 e 7.
- (18) — WATSON-JONES R. — Fracture and other bone and joint injuries E & S. Livingstone — 1940.
- (19) — BAUER K. H. — Fraturas y Luxaciones — Tr. esp. 1.ª ed. alemana — 1929 — Barcelona.
- (20) — LASHER Willis — Industrial Surgery — Hoerber — USA. — 1937.
- (21) — Obra citada sob. 9.
- (2) — MASMONTTEIL Fernand — Le traitement des fractures et luxations en clinique. — Paris — 1929.
- (23) — Obra citada sob. n.º 13-14.
- (24) — WHEELER W. — Bennett's fracture of the thumb — Journal of Bone and Joint Surgery — USA. — 1937 — Página 520.
- (25) — Obra citada sob.º 10.
- (26) — Obra citada sob n.º 16.
- (27) — JAHSS S.A. — a) Fractures of the proximal phalanges — Journal of Bone and Joint Surgery — USA. — 1936 — Página 726.
b) Fractures of the proximal phalanx of the Thumb — Journal of Bone and Joint Surgery — USA. — 1937 — Página 1124.
- (28) — KLAPP-RUECKERT — Die Drahtextension — 1937 — Berlin.
- (29) — Obra citada sob n.º 3 a 5.
- (30) — Obra citada sob n.º 6 e 7.
- (31) — Obra (32) — Obra citada sob n.º 18.
- (33) — WILSON Philip D — Management of fractures and dislocations. — Lip-pincot — USA. — 1938.
- (34) — BAUMECKER Heinz — Knochenbrueche und Verrenkungen — Leipzig — 1938.
.....
- (35) — SCUDDER C. Locke — The Treatment of fractures — 11th. edition — USA. — 1938.
- (36) — Obra citada sob n.º 1 e 2.

IODOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MARRUÍLO E CHOLÓDICO, SUPERSATURADOS DE LÍPIDOS TOTAIS DO CÉREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

PIO, MIRANDA & CIA. LTDA

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

Amostras em Porto Alegre:

SCHUETZ & COMP. — Rua Senhor dos Passos, 94.

CHAPEUS FINOS

CHAPEUS MODERNOS

CHAPEUS de qualidade estilo e gosto

próprio do



Moreira
Chapeleiro

RUA URUGUAY, 332
PORTO ALEGRE

Sôbre um caso de cirurgia abdominal

Dr. Gabriel Jabbal

Ao apresentarmos a observação que se segue, foi nosso único intuito o de enriquecer e ilustrar o vasto campo da cirurgia abdominal com mais um caso que se nos afigurou interessante pela sua relativa raridade em nosso meio. Talvez que este trabalho fôsse desnecessário e mesmo superflúo; mas o nosso entusiasmo e dedicação a tudo que diz respeito a cirurgia abdominal nos estimulou de tal fôrma que não nos foi possível ocultar esta modesta contribuição, que sem revelar novidade alguma vem apenas confirmar e aumentar as observações no fértil terreno da patologia cirúrgica.

OBSERVAÇÃO

A. F., com 9 anos de idade, do sexo feminino, natural d'êste Estado, residente em Sananduva, Mun. de Lagôa Vermelha, foi-nos trazida ao serviço hospitalar pelos seus pais em 9-8-939 com o seguinte histórico:

Há três d'as passados quando brincava em companhia de outras meninas foi de súbito acometida de forte dôr abdominal, localizada no baixo ventre que a imobilizou por completo sendo incontinenti socorrida pelos seus que estavam próximos. Procurando atendê-la em seus sofrimentos pela palpação através a parede abdominal da menina notaram a presença dum tumor na região sub-umbelical, cuja existência tinha sido até aquela data, por eles ignorada. Como as dôres persistissem com a mesma intensidade inicial durante mais dois dias, resolveram trazer a pequena paciente à consulta em nosso hospital.

Na anamnese a que procedemos da doente, relatada por intermédio de seus pais nada mais constatamos senão a presença do tumor acima referido, ausência de vômitos e de reação peritoneal, transit intestinal livre com emissão espontânea de fêzes e gases, permanência dum bom estado geral. Pulso 84. Temperatura 37°,5. Em vista da benignidade aparente da sintomatologia apresentada pela paciente, resolvemos rete-la no hospital para melhor observação o que fizemos pelo espaço de 3 dias.

À inspeção do ventre notamos uma saliência tumoral de séde sub-umbelical, um pouco do lado, de fôrma globulosa, bem percebida a sua proeminência por se tratar duma menina do tipo astênico, com exiguo panículo adiposo; ausência de circulação venôsa colateral suplementar; cicatriz umbelical conservando seus caractéres normais.. À palpação, observamos a presença duma massa tumoral, comparada ao volume duma laranja de tamanho médio, imóvel e de superfície arredondada, localizada na região sub-umbelical um pouco para a esquerda, apre-

sentando um prolongamento de consistência elástica para a fôssa ilíaca E.. Tumor renitente com limites precisos em todos os sentidos. À percussão, percebemos um som sub-massigo em toda sua superfície circundado por leve timpanismo. Examinada a paciente na posição de Trendelenburg, como também nos diversos decúbitos, não se modificaram os caracteres do tumor apresentados pela palpação simples: mesmo volume com a mesma fixidez de baixo para cima como também para ambos os lados.

Pelo tóque rectal, foi impossível obtermos qualquer esclarecimento que nos encaminhasse à pista de qualquer diagnóstico, visto encontrar-se a massa tumoral em situação mais ou menos alta.

No período de observação à que se submeteu a pequena paciente, sob nossos cuidados, pelo espaço de tempo de 3 dias, nenhuma modificação se apresentou no quadro clínico inicial, excepto uma temperatura variando de 36,8 à 38 graus com ascensão vespéral de 0,5 à 1 grau. Pulso variando de 90 à 100 pulsações por minuto.

Diagnóstico pre-operatório: Abordando o diagnóstico pre-operatório como sendo a parte mais importante do caso presente, procederemos à discussão dos diversos diagnósticos que se nos apresentaram.

Deante do simples histórico relatado pelos pais da doente, ignorando toda e qualquer queixa anterior de sua filha sobre a moléstia actual, foi extremamente difícil chegarmos de início à um diagnóstico definitivo. A observação da doentinha facilitou-nos sobremodo esta árdua tarefa, talvez mesmo em prejuízo para o prognóstico de sua doença, o que felizmente não se verificou.

Resumindo, tínhamos em mão os seguintes dados: início súbito da doença com uma dôr aguda abdominal, sem vômitos nem diarréia, localisada na região peri-umbelical; presença duma massa tumoral, indolente à palpação, de volume comparada ao de uma laranja de tamanho médio, de consistência renitente e fixa; de superfície arredondada com um prolongamento cilíndroide dirigido para a região inguinal E.; imobilidade do tumor estando a doente na posição de Trendelenburg como também nos diversos decúbitos; sub-macissez á percussão em toda sua superfície, circundada por leve timpanismo; ausência de circulação venosa colateral; temperatura sub-febril oscilando irregularmente de 36,8 a 38 graus entre manhã e tarde, acompanhando o pulso estas variações térmicas; toque rectal negativo; cicatriz umbelical conservando seus caracteres normais. Bom estado geral.

De posse de todos estes sinais, aventuramo-nos a discutir o presente caso, formulando os diagnósticos mais prováveis para, em seguida, procedermos por exclusão ao diagnóstico definitivo.

Diversas hipóteses surgiram como sendo as mais adequadas. Para que afirmássemos a existência de tumor de mesentério ou de epiploon, faltava-nos um sinal de magna importância, qual seja, em geral, a extrema mobilidade dos mesmos, principalmente no sentido transversal, como também a ausência de pedículo perceptível à palpação, o que não acontecia no nosso caso. Na suspeita dum tumor de intestino deveriam existir sinais de oclusão intestinal, completa ou incompleta, o que não verificamos.

Para pensarmos em uma oclusão intestinal, dependendo dum volvulus, dum tumor ou duma invaginação intestinal por ter a paciente apresentado dôr súbita intra-abdominal, de caráter sincopal, seria necessário e imprescindível que ela apresentasse desordens digestivas além dos clássicos sinais de oclusão, como sejam vômitos e parada de fezes e gases além dum mau estado geral o que não sucedia, pois a menina encontrava-se sentada no leito bem humorada, não se percebendo a mínima alteração em seu fascies. Para que tivesse se constituído uma invaginação intestinal aguda, a diarréia, sanguinolenta ou não, teria-se constituído traduzindo aquele quadro clínico.

Também deixamos afastada a hipótese duma perfuração do Divertículo de Meckel, com abscesso localizado, por faltarem a hemorragia intestinal, o síndrome de perfuração e as dôres abdominais contínuas que traduzem em geral as perfurações em peritônio livre.

Finalmente, após termos passado em revista os diagnósticos discutidos acima, nos reservamos ao duelo final, compreendido entre a possibilidade duma peritonite pneumocócica enkistada ou duma torsão de kisto de ovário.

O diagnóstico entre um e outro quadro clínico, comandava a intervenção em ambos os casos, apesar de no caso duma peritonite pneumocócica enkistada ser aconselhada a intervenção retardada e discreta, segundo Fevre. Demais, contra este diagnóstico faltava a diarréia persistente e fétida, a resistência pastosa ao nível do tumor, acompanhada de viva sensibilidade, ainda mais ausência de circulação venosa colateral e de edema da região ocupada pelo tumor.

Com a exclusão de todos os síndromos acima discutidos, abraçamos o diagnóstico de quisto de ovário torcido a E., como o mais provável, evitando comermos o erro clássico, tomando por apendicite a torsão de um quisto de ovário, por se tratar no nosso caso, dum tumor a E.

Diagnóstico operatório: Resolvida a intervenção, procedemos a uma laparotomia mediana sub-umbelical. A abertura da cavidade abdominal tivemos a satisfação de ver confirmado o nosso diagnóstico pre-operatório, deparando com um tumor do volume duma laranja de tamanho médio, de cor violácea e vastamente vascularizado, sobre o assoalho pélvico e coberto por uma massa epiplóica e cercado por aderências frouxas que lhe faziam numerosas alças intestinais, quer delgadas, quer do grosso intestino, por elas defendido. Encontramos, ao mesmo tempo, uma regular quantidade de líquido seroso e claro.

Fácil foi-nos destruir as aderências que envolviam o tumor, ressecando-o em seu pedículo, seguindo-se a peritonização deste último. Toilette do ventre. Dispensamos drenagem. Sutura da parede abdominal.

O post-operatório correu bem, sem incidentes de monta, a não ser uma temperatura oscilando de 37,5 a 38 graus, durante os 3 primeiros dias, que atribuímos a reabsorção do exsudato encontrado no ventre.

O quisto era de natureza dermoide, encontrando-se em seu conteúdo cabelos e cartilagens.

A paciente teve alta curada em 8 dias.

Iolipobí

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

Formula por empola de 4 cc.
em vehiculo oleoso:

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

Oleo de olivas clarificado q. s. 4 cc

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

Original associação
obtida pelo L. B. C.:

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

E' factó conhecido, que além de multiplos hormonios e vitaminas, torna-se imprescindivel para a normal actividade dos tecidos e orgãos a existencia de verdadeiras díastases ou enzyimas, que se comportam como activos estímulos da nutrição cellular (hepatodíastases; neuro-díastases; etc.). Num terreno de melhores condições metabólicas, o especifico iodobismuthato de quinina ou mais rigorosamente iodeto de bismutho e quinina terá a sua acção comprehensivelmente mais effizaz.

INDICAÇÕES

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

MODO DE USAR:

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

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

DIREÇÃO SCIENTIFICA:

Dr. Mario Pinheiro

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Baía, Recife, Curitiba, Belo Horizonte etc.

LITERATURA E AMOSTRA com o depositário e representante nesta capital:

Francisco de Revorêdo Barros — Rosario, 609
