Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XVII | AGOSTO DE 1938 | N. 8

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1938

PRESIDENTE
FLORENCIO YGARTUA
Doc. de Cl. Pediatrica

VICE-PRESIDENTE
HUGO RIBEIRO
Dermatologista da S. Casa

SECRETARIO GERAL
RAUL DI PRIMIO
Doc. de Parasitologia

1.º SECRETARIO
CARLOS DE B. VELHO

2.º SECRETARIO
SALVADOR GONZALES

TESOUREIRO
ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO
E. J. KANAN
Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

TOMAZ MARIANTE
Cat. de Cl. Medica

A. SAINT-PASTOUS
Cat. de Cl. Medica

ELYSEU PAGLIOLI
Cat. de Cl. Propedêutica Cirurgica (Interino)

SECRETARIO DA REDAÇÃO
SADÍ HOFMEISTER

REDATORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
NOGUEIRA FLÔRES
ANES DIAS
PEDRO MACIEL
PEREIRA FILHO
MARIO BERND
J. MAIA FAILACE
AMERICO VALERIO
ALVARO B. FERREIRA
IVO CORRÊA MEYER
JOÃO G. VALENTIM
HELMUTH WEINMANN
WALDEMAR NIEMEYER
MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
D. SOARES DE SOUZA
VALDEMAR CASTRO
RAUL MOREIRA
JACÍ MONTEIRO
J. L. T. FLÔRES SOARES
NINO MARSIAJ
CARLOS CARRION
J. LISBÔA DE AZEVEDO
C. LUPI DUARTE
LUIS S. BARATA
ANTONIO LOUZADA

GERENTE: **ALMANZOR ALVES**

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

Séde da Redação:
RUA GENERAL CAMARA, 261
Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

CARLOS OSORIO LOPES e AUGUSTO COSTA DE ANDRADE — Em torno da Estratigrafia ..... Pág. 379

ADAIR EIRAS DE ARAUJO — Impressões de uma viagem medica aos Estados Unidos ..... „ 385

E. J. KANAN — Sôbre um Caso de Retração Isquémica de Volkmann „ 397

Vida Universitaria ..... „ 409

Secção de Cirurgia ..... „ 403

Evolução Historica da Vitamina F ..... „ 417

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**

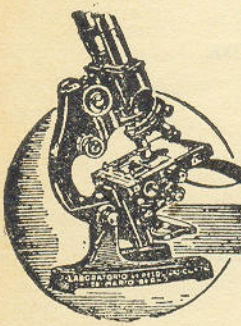
Tônico geral - Remineralizador - Reconstituinte - Estimulante

— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel

Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro

SO AOS MEDICOS



Laboratorio de Pesquisas Clinicas

DR. MARIO BERND

ANDRADAS, 1305

ALTOS DA LIVR. AMERICANA

TELEFONE 6596

Serviço Noturno, Tel. 5188

Em Torno da Estratigrafia

Dr. Carlos Osorio Lopes
Radiologista assistente da 1.ª Cadeira de Clinica Médica.

Dr. Augusto Costa de Andrade
Assistente Militar de Radiologia junto á Cadeira de Clinica Propedeutica Médica.

A telerradiografía comum resulta de uma sobreposição de sombras dos diversos tecidos contidos nas "n" camadas que constituem o torax em sua espessura. Frequentemente a confluencia destas imagens as torna confusas, á semelhança do que acontece á silhueta de uma arvore, em que a folhagem forma uma sombra heterogenea na qual dificilmente se distinguem determinadas folhas ou frutos.

Visando uma possivel diferenciação de camadas, ou seja a visualisação de uma das "n" camadas em que dividimos a espessura torácica, o Dr. Bocage desenhou e construiu o primeiro dispositivo estratigráfico, do qual obteve patente de invenção em 1921, quando recem começava a ser dado á Radiologia o lugar de destaque que lhe competía entre as especialidades médicas. Fáto interessante, este primeiro aparelho do Dr. Bocage em muito se assemelha ao de Ziedses des Plantes, reputado o mais perfeito da atualidade e cujo principio estudaremos mais adiante.

Infelizmente, apezar dos ótimos clichês obtidos por Bocage, os radiologistas de então não reconheceram no metodo que nascia o processo semiologico eficiente, que um decenio após viría constituir mais um marco na historia da Radiologia vitoriósa.

Sómente em 1928 foram retomados os estudos e simultaneamente na Italia, França, Holanda, Alemanha e Estados Unidos os investigadores lançaram nóvos aparelhos, desta vez com o apoio valioso dos fabricantes, entre os quais sobressairam as Companhias Generale de Radiologie Massiot, Siemens e Sanitas.

Entre os estudiosos do assunto destacaram-se Bocage, o iniciador do metodo, Vallebona, Ziedses des Plantes, Grossmann e Chaoul, e Jean Kieffer.

PRINCIPIO.

O principio fundamental do método é relativamente simples: movimento de báscula do tubo e filme (sistema solidário), guardando uma relação de homotetia constante com um ponto contido na camada a radiografar.

Trabalho realizado no serviço radiologico do Prof. Thomaz Mariante (Gabinete "Alvaro Alvim"), apresentado pelo Dr. Osorio Lopes, como nóta prévia, á Sociedade de Medicina e, pelo Dr. Augusto Costa de Andrade, ao Centro de Estudos do Hospital Militar de Porto Alegre.

Deste módo, as sombras da camada escolhida ficam estacionarias no filme, durante toda a exposição, enquanto que as dos planos situados aquem e além sofrem um relativo deslocamento, tornando-se esfumadas.

O desenho da fig. 1 apresenta de maneira singéla e clara o que se processa durante a tomada de um estratigrama:

Seja "T" o tubo radiogenico e "F" o filme, cada um ocupando uma das extremidades da haste "H" que realiza um movimento de báscula sobre um eixo "E", deslocavel no sentido anteroposterior, cujo fim é, como perceberemos lógo, determinar a profundidade da camada a estratigrafar. Por "I" determinamos o torax do individuo a examinar, no qual assinalámos dois pontos: um "P", no interior da camada visada, e outro "P'", um pouco mais atrás.

Na posição "A" dos sistema tubo-filme o ponto "P" se projéta em "p" e o ponto "P'" em "p'".

Desloquemos o tubo para baixo e, consequentemente, o filme para cima. Em um dado momento a haste ocupará a posição "B", formando angulo com sua situação primitiva. O ponto "P" continuará projetado em "p", enquanto que "P" terá sua imagem deslocada para "p'", produzindo no filme um "flou" que a torna apagada, quasi imperceptivel.

O mesmo raciocinio poderia ser feito com todos os pontos do plano vertical que passa por "E" e com todos os pontos de outros planos.

Conclue-se do exposto que a espessura da camada estratigrafada será inversamente proporcional á distancia filme-eixo e á extensão do trajéto realizado pelo tubo e, consequentemente, pelo filme. Como nem sempre se deseja uma camada excessivamente delgada, joga-se com a amplitude da excursão para lhe determinar a espessura. Mantem-se a distancia eixo-filme no mínimo para redusir-se também ao mínimo a distorção por ampliação.

Com algumas modificações, pode-se explicar de maneira semelhante a seleção de camada pelas diversas variantes do processo estratigráfico.

DISPOSITIVOS ESTRATIGRÁFICOS.

Além do mecanismo que desloca o filme e o tubo durante a exposição, ficando o paciente imóvel, outras modificações existem nas quais, ora o paciente se desloca, descrevendo uma certa rotação lateral, enquanto o sistema tubo-filme fica estacionario (dispositivo n.º 2, de Vallebona), ora o tubo sómente permanece fixo, enquanto o filme acompanha o paciente no movimento de rotação (modificação de Ronneaux ao dispositivo 2 de Vallebona, representado na praça pelo Oscillo-strator da C. Generale de Radiologie).

O processo mais usado na prática é aquele em que o paciente permanece quiéto, ora em bipedestação, ora em decubito, enquanto se deslocam o tubo e o filme. O sistema tubo-filme pode realizar os mais diversos movimentos. — O deslocamento pode ser linear: o tubo e o chassis descrevem arcos de circunferencia, de raios respetivamente iguais

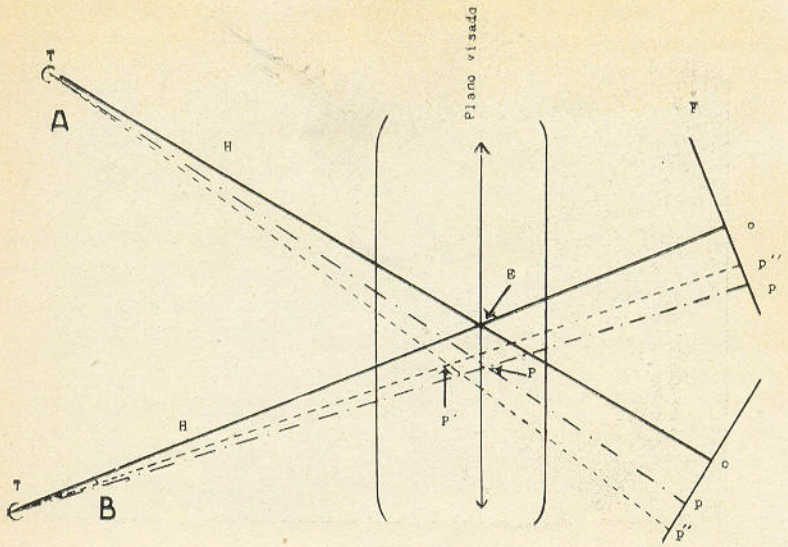


Fig. 1 — Principio do metodo estratigráfico.

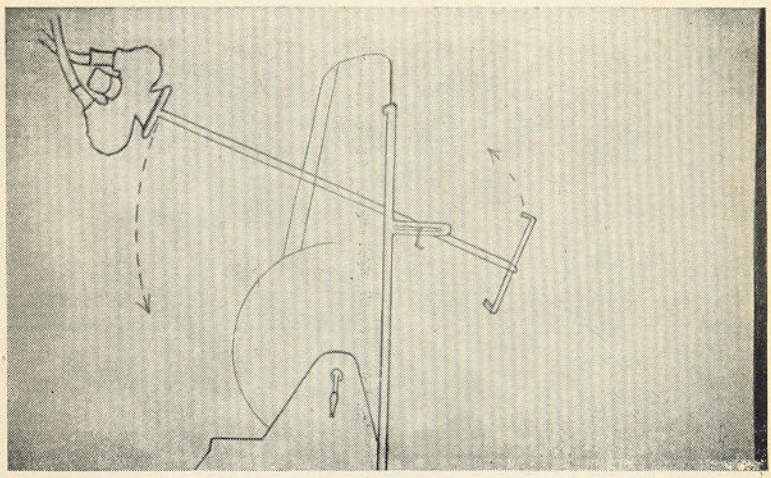


Fig. 2 — Esquêma do dispositivo estratigráfico adaptado ao aparelho R-36 General Electric.

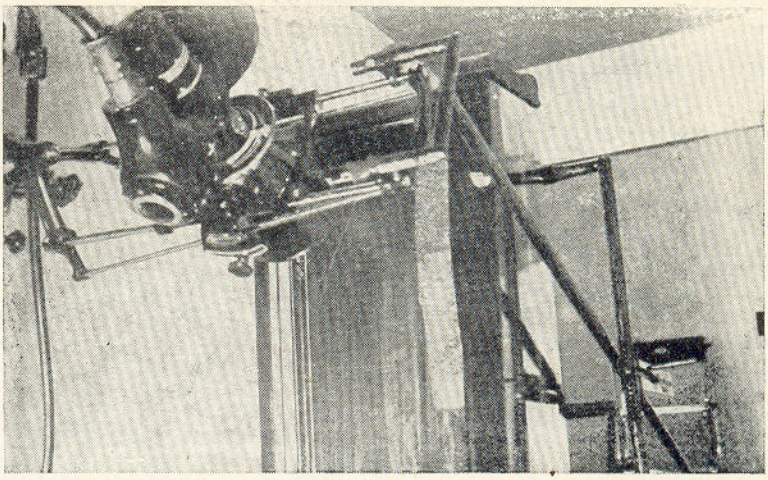


Fig. 3

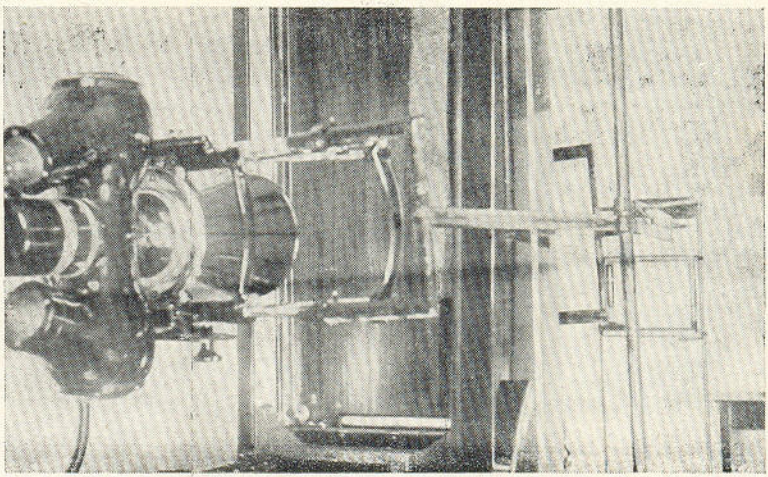


Fig. 4

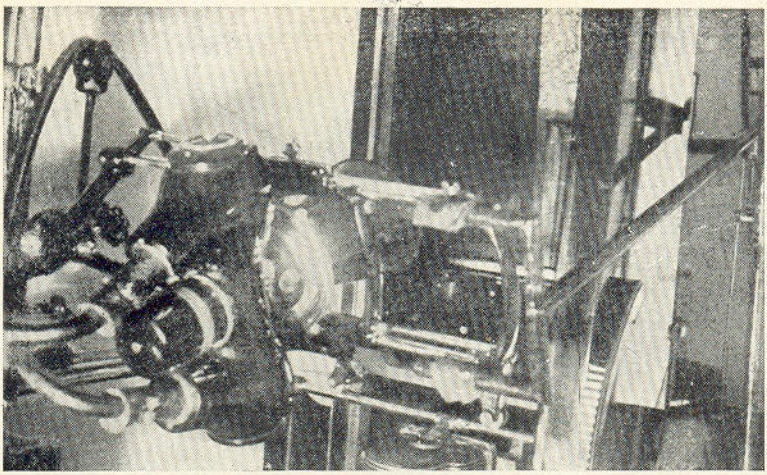


Fig. 5
Figs. 3, 4 e 5 — Excursão do tubo.

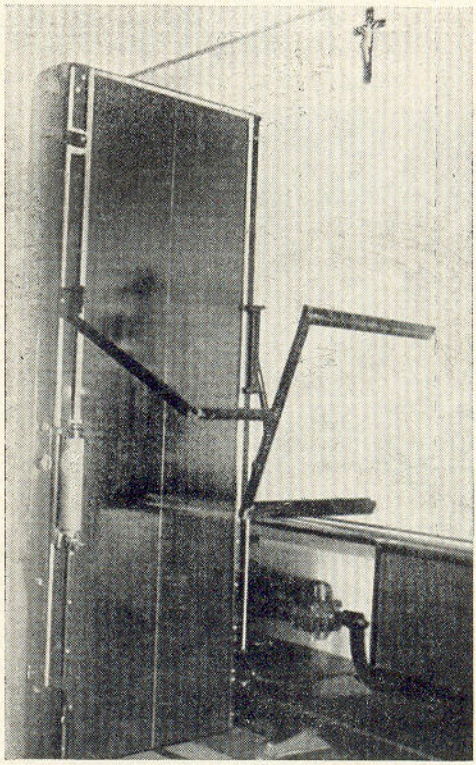


Fig. 6 — Porta-chassis deslocavel.

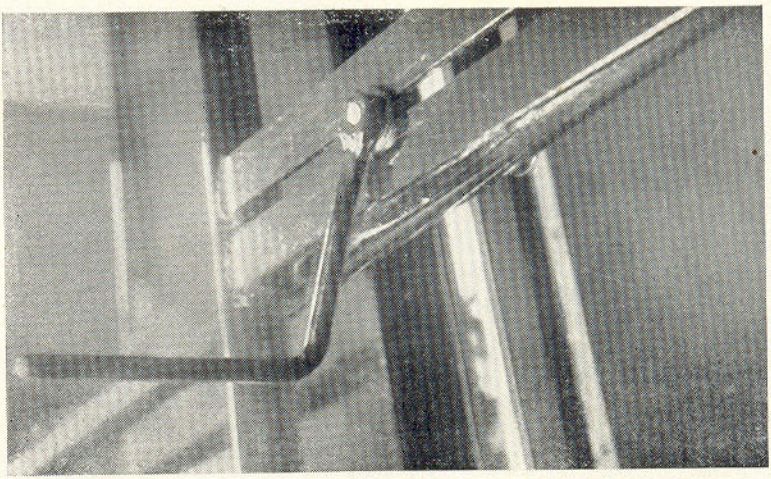


Fig. 7 — Detalhe do eixo para regulação da profundidade do corte.

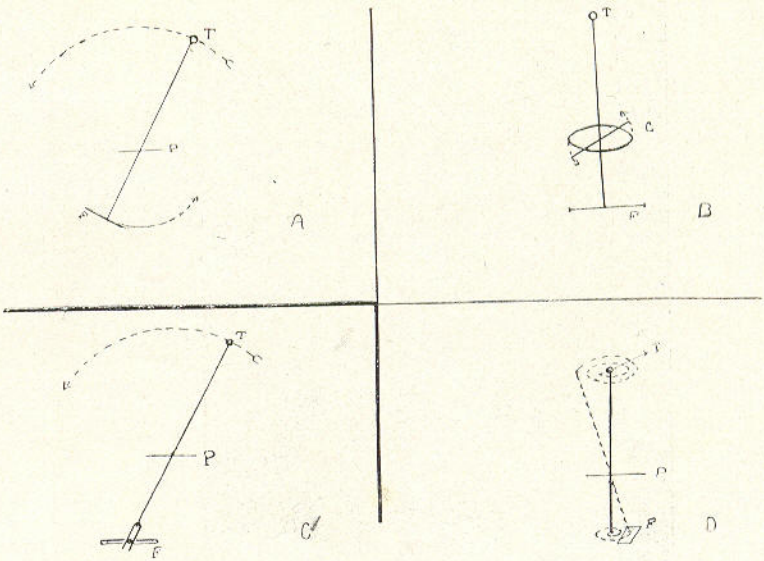


Fig. 8 — A: dispositivo 1 de Vallebona. B: dispositivo 2 de Vallebona. C: dispositivo Massiot (modificado). D: Dispositivo de Bocage e Ziedzes des Plantes.

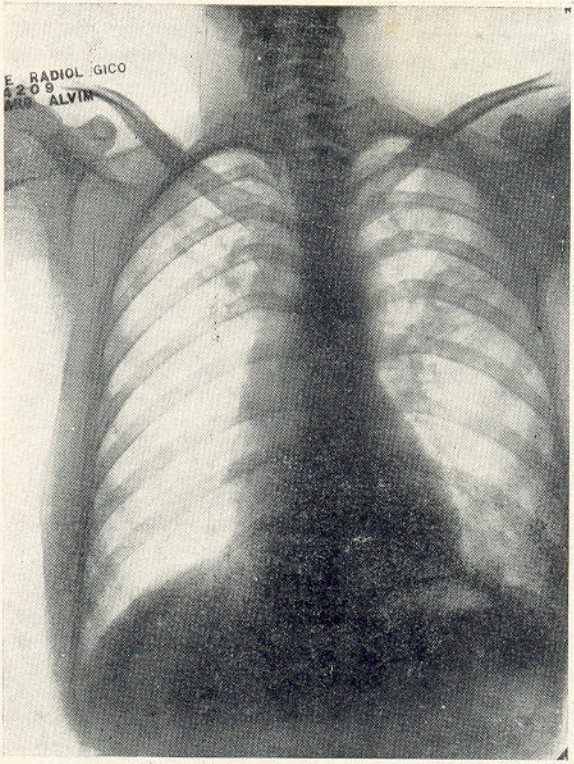


Fig. 9 — Telerradiografia: Infiltração fibroexsudativa das regiões infraclaviculares. Imagem anular á altura do VI arco costal posterior esquerdo.

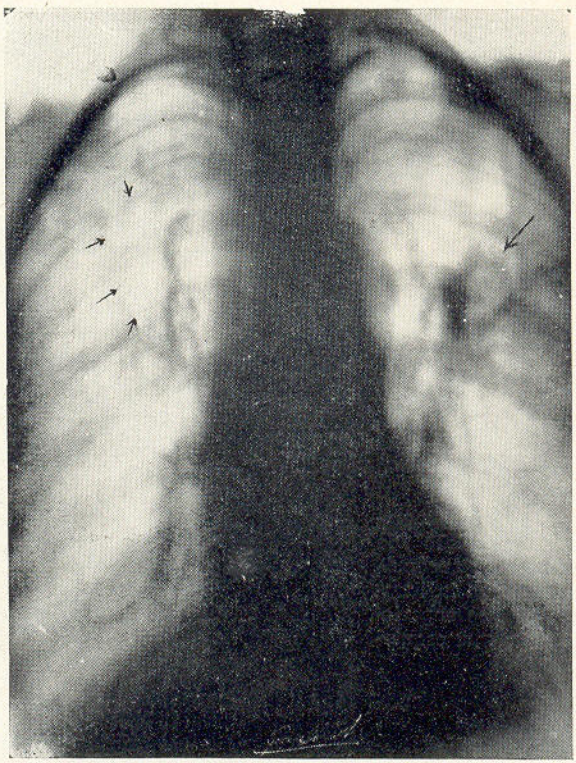


Fig. 10 — (mesmo caso da figura 9) — Estratigrama passando a 6 cms. do plano dorsal: confirmação da natureza cavitaria da imagem assinalada á esquerda. Sistêma de cavernas confluentes na região parapedicular direita.

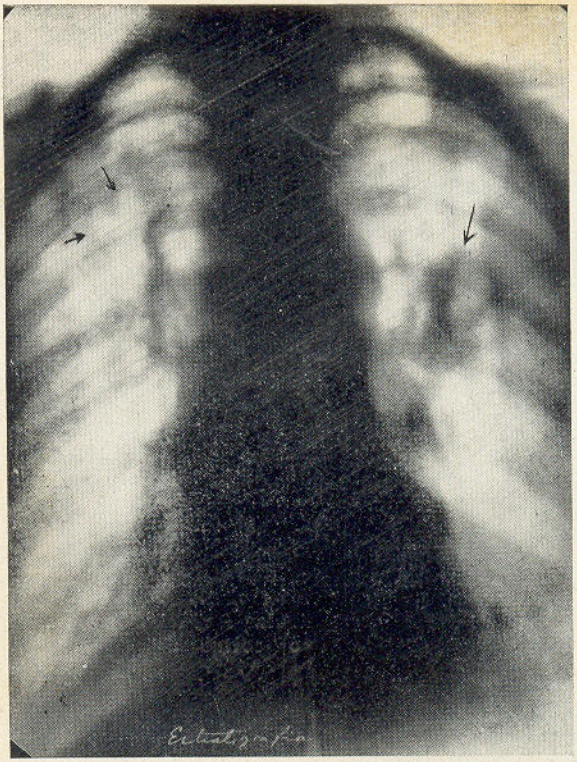


Fig. 11 (mesmo caso das figuras 9 e 10) — Estratigrafia a 8 cms. do plano dorsal: aspéto semelhante ao anterior. Deve-se ter em conta que os originais revelam com maior nitidez os acidentes radiologicos consignados.

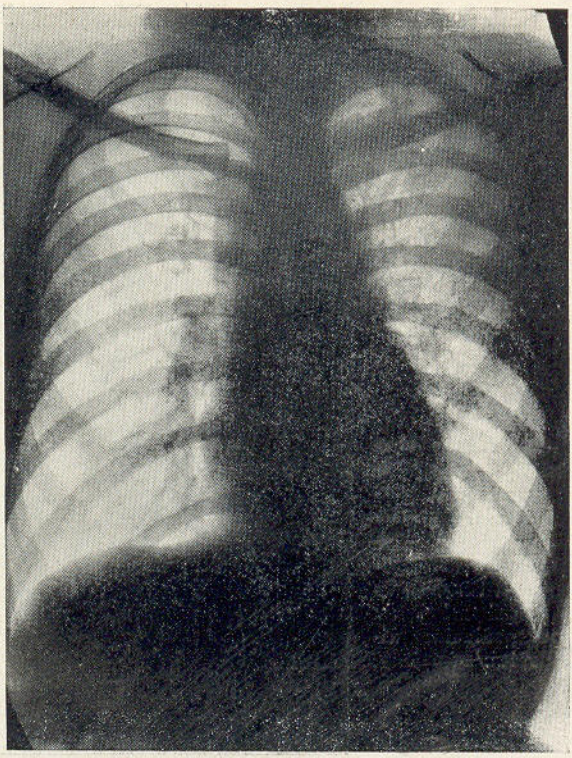


Fig. 12 — (Telerradiografia) — Diminuição da transparencia pleuropulmonar e sombras infiltrativas nas regiões superiores do hemitórax esquerdo.

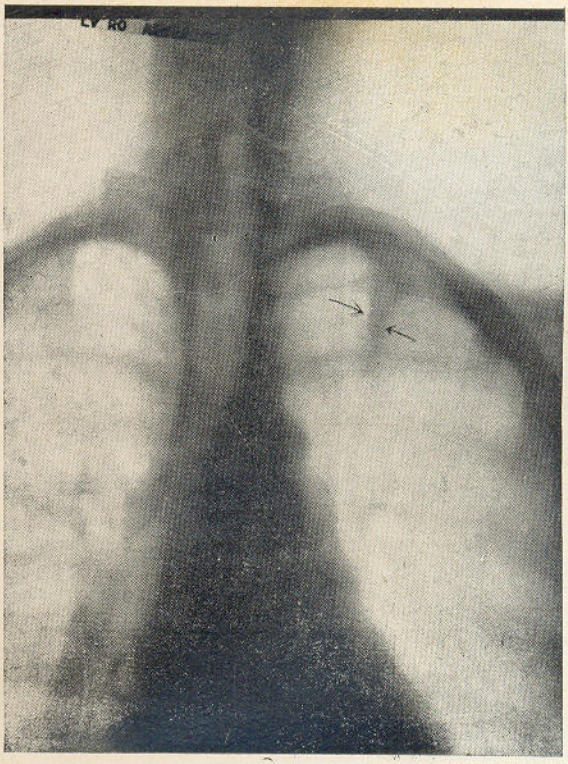


Fig. 13 (mesmo caso da fig. 12) — Aderencia pleuropulmonar no ápice. Espessamento da pleura apical.

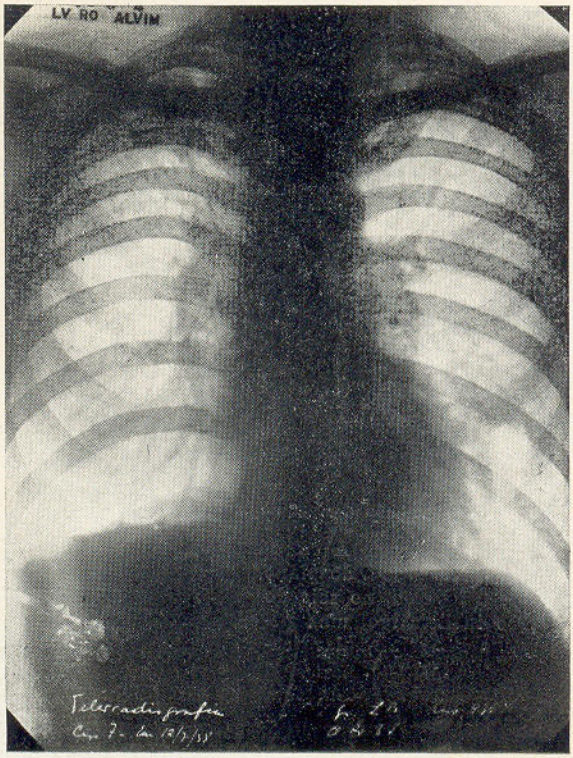


Fig. 14 — Telerradiografia: infiltração fibro-exsudativa localizada ao nivel da região infraclavicular direita. Irregularidades no contorno frênico direito (aderencias).

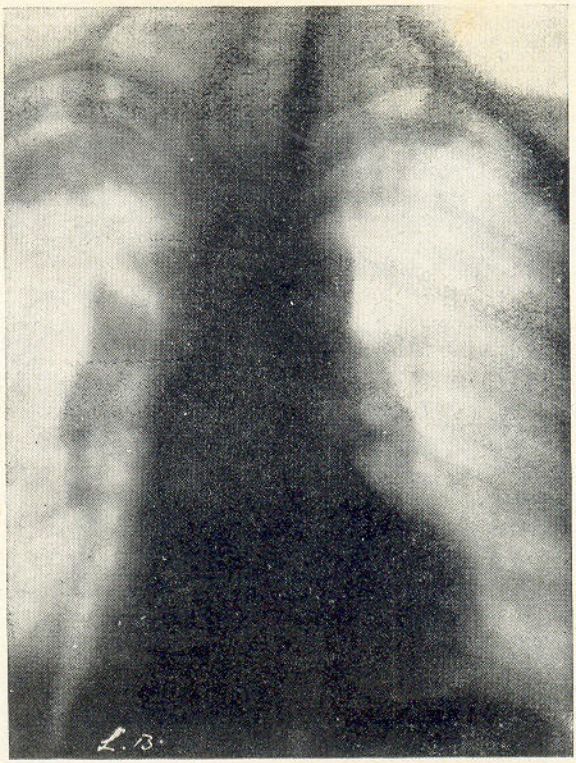


Fig. 15 (mesmo caso da fig. 14) — Estratigrafia a 7 cms. do plano dorsal: fóco exsudativo com provavel transformação caseo-ulcerósa.

Fig. 16 (mesmo caso das figs. 14 e 15) — A estratigrafia a 6 cms. do plano dorsal revelou, no seio do fóco infiltrativo, uma pequena imagem anular (caverna).

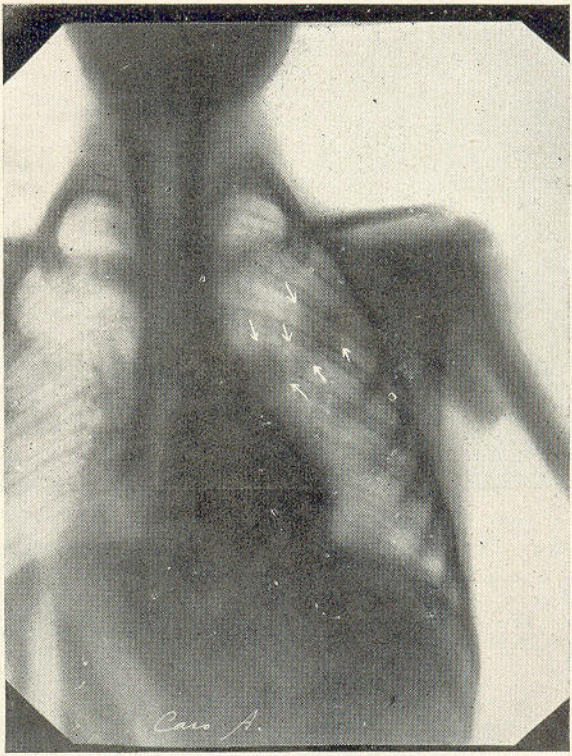


Fig. 19 — Estratigrafia de um compléxo primario (imagem bipolar).

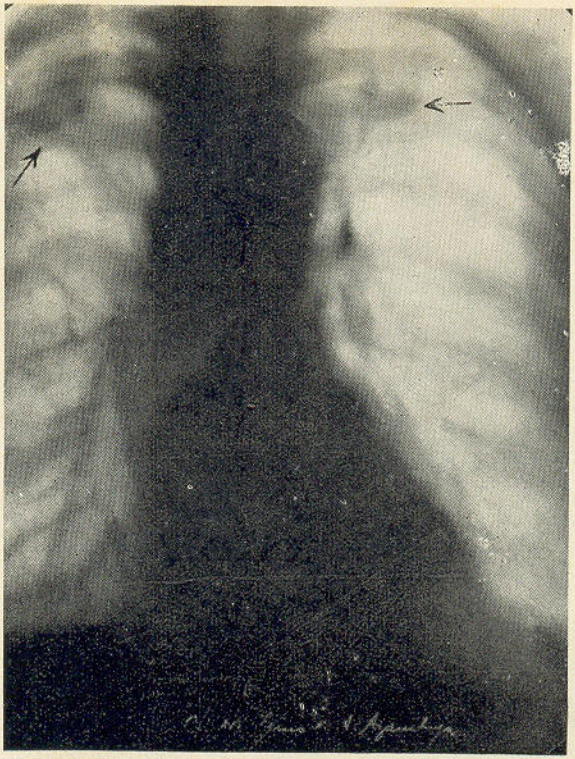


Fig. 17 — A estratigrafia revelou manchas infiltrativas que na tele comum estavam recobertas pelas encruzilhadas cleidocostais.

Fig. 18 — Estratigrafia de perfil, passando o corte pela linha hemiclavicular direita: infiltração paracisural do lóbo superior D. e coleção enquistada entre os folhetos pleurais anteriores da base.

ás distancias fóco-objéto e objéto-filme. Neste caso a distancia objéto-filme não permanece constante, prejudicando a nitidez da imagem.

O deslocamento do filme em um suporte paralelo ao plano visado, como os trilhos do Potter-Bucky ou em estativo construido a propósito, sana em parte esta imperfeição. Neste caso, o tubo continua descrevendo uma trajetória em arco ou, quando o deslocamento fôr pequeno, póde, da mesma forma que o filme, permanecer equidistante do plano objetivado, durante toda a excursão.

Este movimento unidireccional produz o aspéto chamado pelos franceses de "balayage", que se póde apreciar em alguns dos clichês que apresentamos.

Existem dispositivos mais perfeitos, como o de Ziedses des Plantes (fig. 8 d.) e um dos de Kieffer, nos quais o movimento impresso ao tubo e filme - circular ou em espiral (deslocamento chamado simétrico), produzindo chapas de nitidez admiravel.

Este metodo requer, porém, aparelhamento muito bem contrabalançado, de construção delicada e, portanto, bem mais cara do que a dos estratigrafos existentes no mercado, de custo já muito elevado.

Em nossas experiencias usámos um dispositivo muito simples e rudimentar, adaptado ao aparelho General Electric do serviço radiologico da 1. Clinica Médica, cuja segurança eletrica (sistema schock-proof) nos permitiu realizar o deslocamento do tubo sem perigo de curto-circuito ou de chóque eletrico.

As chapas apresentadas foram obtidas por deslocamento linear, com trajetória em arco tanto do tubo como do filme. Estamos agora modificando a excursão do chassis radiográfico, que deslizará em um suporte especial (V.C.T. General Electric), paralelo ao tampo da mesa, e esperamos desta forma obter maior detalhe nas estratigrafías.

SERIOSCOPIA.

Ao lado destes diversos processos existe a chamada **serioscopia** de Ziedses des Plantes, aperfeiçoada por Cottenot (para o uso em exames pulmonares), na qual são batidas diversas chapas em incidencias aproximadas (pequenos deslocamentos laterais do tubo). Depois de passarem pela rotina de camara escura, estes filmes são colocados em grampos especialmente articulados, ante um negatoscopio fortemente iluminado, e examinados em diversos deslocamentos, visando a sobreposição das imagens que se desejam estudar.

Os filmes correspondem a varias das fases da excursão estratigráfica e a explicação dos resultados é em algo semelhante á que fizemos acima.

Tentamos o processo em um exame de craneo, mas sem resultados imediatos, dada a deficiencia do instrumental, principalmente o de observação.

RESULTADOS.

De inegavel valor são as informações que traz o novo método ao estudo radiológico dos pulmões:

Cavidades são descobertas no interior de tecidos infiltrados (ulcerações em fócos tuberculósos, abcedados, neoplásicos, etc.) ou no parênquima aparentemente são (vesiculas de enfisêma, quistos congênitos, pequenas camaras pneumotorácicas, bronquectasias, cavernas de paredes finas, coexistindo ás vezes com trama em que predominam imagens curvilíneas que tornam o diagnóstico difícil).

A exploração das opacificações homogeneas ou uniformes vae além do que até agora haviam permitido as melhores telerradiografias. Descobrem-se cavidades ou tumores recobertos por derrames ou incluidos em campos atelestasicos.

Tivemos ocasião de ver, no modelar serviço do Dr. Barcia, o planígrafo descobrir, no sombreado homogeneo de um hemitórax, uma massa tumoral do tamanho de um pecego que obstruia a luz de um grande bronquio, produzindo uma extensa atelectasia.

As sombras costais podem ser afastadas (o que aliás já fora em parte solucionado por Stephani, com as "costelas de vidro" das telerradiografias duras) e a encruzilhada cleido-costal eliminada).

As bridas aderenciais são descobertas e localizadas com precisão absoluta. Neste caso, o valor tridimensional do método, essencialmente objetivo, é superior ao do exame estereorradiográfico, no qual o sentido ótico de profundidade é exigido tanto ao radiológico como ao tisiologo que irá intervir, e nem sempre eles o possuem.

As vias aéreas superiores podem ser "cortadas" e analizadas ao negatoscópio. Os ganglios da bifurcação apresentam-se da maneira mais nítida. A laringe é outro orgão cujo estudo muito se beneficía das chapas em córtes. No serviço do Dr. Leborgne, no Hospital Pereira Rossel de Montevidéo, tivemos oportunidade de apreciar admiraveis estratigrafias da laringe, de valor inapreciavel no controle radioterápico.

OUTROS SETORES.

Em quasi todas as regiões em que se realizam habitualmente exames radiográficos, a estratigrafia póde ser empregada, solucionando por vezes certos problemas bastante dificeis, como os que até agora haviam suscitado as complicadas radiografias craneanas. Nestes casos, encontra indicação formal o diagnóstico de Ziedses des Plantes.

A radiografia do externo e o perfil da ultima vertebra cervical e das primeiras dorsais são problemas resolvidos.

Sería interessante tentar-se o método no exame dos orgãos abdominais, tão prejudicados pela presença de gazes intestinais. A eliminação destes gazes pelo "flou" facilitaria tanto a pesquiza de cálculos densos, nódulos cálcicos, e a simples diferenciação de tecidos, sem contraste artificial, como a interpretação dos colecisto, uro e histerossalpingogramas.

A localização de corpos extranhos póde ser feita de maneira simples e engenhosa, mesmo em fluoroscopia: substituida a chapa por um ecran fluoroscópio, em incidencia portero-anterior ou antero-posterior, coloca-se um pedaço de esparadrapo sobre a sombra do corpo extranho, e desloca-se o eixo regulavel, sob controle fluoroscópio, até que a som-

bra coincida com o esparadrapo em todas as posições do sistema basculante, ou seja, durante toda a excursão estratigráfica. Verifica-se então, pela graduação do eixo, a distancia que existe entre o plano dorsal (ou frontal, no caso da incidencia ter sido antero-posterior) e a camada do corpo extranho. A razão disto está na necessidade de coincidir o eixo do sistema tubo filme com a camada que contem o corpo extranho, para que a sombra permaneça estacionária.

Ainda outros setores existem, e outros hão de surgir com o tempo e o aperfeiçoamento dos aparelhos, nos quais a estratigráfia trará maior clareza ao diagnóstico, por vezes dependendo unicamente do rontgenograma.

SINONIMIA.

Nos diversos trabalhos que tratam do assunto, diferentes expressões são empregadas para denominar o procésso da radiografia em camadas. Damos a seguir as mais usadas:

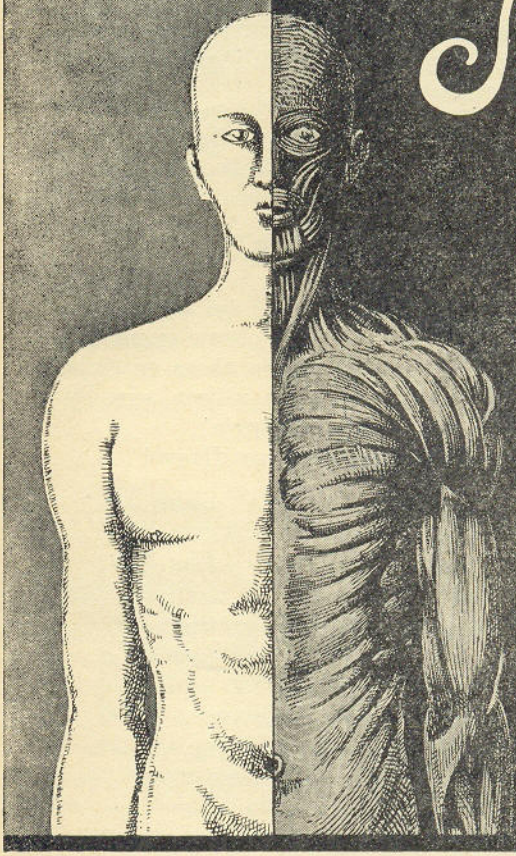
Biotomia (Bocage)
Estratigrafia (Vallebona)
Planigrafia (Ziedses des Plantes)
Tomografia (Grossmann e Chaoul)
Laminagrafia (Kieffer, de Connecticut — E. U.)

Preferimos o termo "estatigrafia" e seus derivados, dos autores italianos, por julga-lo o mais apropriado. Efetivamente, obtem-se na chapa a projeção de uma camada, e não de um plano, como dão a entender as expressões planigrafia, tomografia e biotomia (esta ultima, sem duvida, bastante expressiva, si bem que um tanto imprópria).

Laminagrafia é tambem, a nosso ver, um termo justificavel.

ACETYLARSAN

O PADRÃO DOS ARSENICAES INTRAMUSCULARES



Syphilis

NEURO-SYPHILIS

HEREDO-SYPHILIS

GRANDE ACTIVIDADE

OPTIMA TOLERANCIA

FACILIDADE DE EMPREGO

Spécia UPR

Acetylarsan para Adultos: Caixas de 10 e 100 ampolas de 3 cc.

Acetylarsan Infantil: Caixas de 10 e 100 ampolas de 2 cc.

CORRESPONDENCIA: Rhodia — CAIXA POSTAL 2916 — S. PAULO

Impressões de uma viagem medica aos Estados Unidos

por

Adair Eiras de Araujo

Não é facil a tarefa a que me proponho hoje perante vós: transmitir a um nucleo de colégas as impressões sentidas atravez de uma viagem como a que venho de realisar, focalisando seus aspétos mais interessantes, deixando de lado seus detalhes inuteis e fazendo passar tudo pelo crivo de uma critica justa e imparcial. Procurarei esta noite viajar comvosco por todos os centros medicos que percorri, falar-vos do progresso que Já observei, transformar em palavras as impressões tumultuosas, os panoramas até então desconhecidos para mim, que se desenrolaram deante de meus olhos na grande republica Norte-Americana.

Os Estados Unidos sempre simbolisaram o progresso. Desde que se desembarca em New York, por toda a parte se vê o indice da supercivilisação, do conforto, do século XX em toda a sua plenitude. Depois de passar uns 3 ou 4 dias em New York, ambientando-me, um pouco, procurando me familiarisar com aquêle povo do qual saí tão cátivo, praticando o idioma no qual ainda estava com a lingua um pouco arrastada, resolvi inicir a peregrinação medica que havia traçado como programa.

A conselho do Embaixador Osvaldo Aranha que se encontrava em New York naquéla ocasião, segui para Wasington onde entrei imediatamente em contáto com a União Pan-Americana. Graças á gentilêsa do diretor desta modelar organisação, que tudo facilita ao Sul-Americano nos Estados Unidos, Mr. L. S. Rowe, pessoa de grande prestigio em seu país, consegui logo cartas de apresentação para todos os centros medicos que desejava conhecer.

Iniciei minha visita por Baltimore. Lá me interessava a Johns Hopkins University, uma das mais antigas e famosas dos Estados Unidos.

O Johns Hopkins Hospital representa a tradição e quasi a historia da medicina Americana. Num predio já bastante velho, mas que ultimamente tem passado por grandes reformas e aumentos, abriga em seu seio uma pleade ilustre de clinicos e cirurgiões cujos nomes são hoje internacionais.

Como em todos os demais hospitais que visitei, apenas dois ramos da medicina procurei estudar com todos os seus detalhes: a cirurgia e a urologia. Em Baltimore justamente, nestes dois campos acham-se a frente de seus respetivos serviços dois nomes mundiais: Dean Lewis e Hugh Young.

Dean Lewis é hoje o grande nome da cirurgia Americana. Homem de cerca de 60 anos mas dotado de uma jovialidade extraordinaria, ótimo professor e clinico, muito amigo dos estudantes, é uma figura que impressiona logo á primeira vista. Suas aulas, dadas sempre no leito do doente, têm uma concurrencia extraordinaria, pois não só os seus alunos como grande parte do corpo medico do hospital correm a assisti-las. Lewis entretanto já não opera muito. Seus assistentes se encarregam de executar as intervenções que êle indica e nos dias de operação costuma passear pelas diversas salas de cirurgia fiscalisando tudo e resolvendo as dificuldades que tenham aparecido.

O material é abundante e nos dias de operação (segundas, quartas e sextas) nunca ha menos de 8 a 10 casos. Desde o inicio tive que me habituar ao horario Americano, completamente diverso do nosso. Os serviços hospitalares começam ás 9 ou 9.30 e se prolongam até ás 4 ou 5 da tarde, com um intervalo apenas de 15 a 20 minutos para o almoço.

As intervenções por isto começavam em geral ás 10 ou 11 horas da manhã. Já em Baltimore entrei pois em contáto com o cirurgião Americano, o verdadeiro tipo "standard" da cirurgia. Desde logo me chamou a atenção a organisação do "team" cirurgico. Grande numero de auxiliares. Enfermeiras esterelisadas formando um trenadissimo conjunto de instrumentadoras. Em qualquer tempo da intervenção basta o cirurgião estender a mão para ter sempre e exátamente o instrumento que precisa.

A parte da anestesia é tambem muito interessante. Tanto em Baltimore, como na clinica dos irmãos Mayo e como nos grandes hospitais de New York, ha um corpo de medicos e enfermeiras que tem a seu cargo unicamente tres coisas: anestesias, transfusões de sangue e medicações intra-venosas.

A anestesia local é muito pouco usada. Já o mesmo não se diz da raqui-anestesia, da epidural e da trans-sacra. Entretanto os anestesicos que estão mais em uso atualmente são o protoxido de azoto e o ciclopropano, sós ou associados a um pouco de éter. Os modernos aparelhos para estas anestesias gazosas são simplesmente notaveis. Trabalhando em circuito fechado e sob pressão, são providos em geral de 6 tubos: 2 com oxigenio, 2 com gaz carbonico, 1 com protoxido de azoto e 1 com ciclopropano. Controles automaticos permitem que o anestesista saiba exatamente quanto de cada um destes gazes está tomando o doente num dado momento. Conforme suas necessidades, aumenta ou diminue os gazes anestesicos, administra só oxigenio ou só gaz carbonico, emfim regula a sua vontade a composição do que o doente respira. O proprio aparelho permite associar um pouco de éter, necessario quando se precisa de um silencio abdominal mais completo. Num grafico especial que acompanha depois a ficha do doente, o anestesista anota, de 2 em 2 minutos, a respiração, o pulso e a pressão arterial. Interessante notar que nenhum doente vai para a mesa de operações sem um esfigmomanometro no braço.

Todos os assistentes de Lewis operam mais ou menos com a mesma técnica e não ha nomes a destacar: lentos, com grande cuidado para

a hemostasia, desdobram a intervenção em seus tempos classicos, grande precisão, sem golpes de grande brilho ou audacia. Incisões muito grandes, grande proteção do campo operatorio com compressas molhadas em soro quente, uso constante do aspirador.

Tive oportunidade de observar diversas gastrectomias, todas élas pela técnica de Hofmeister-Polya. Amputações de seio nas quais não vi usarem o bisturi elétrico. Colecistectomias e algumas colecistostomias, operação esta que reune um numero bem apreciavel de adeptos para o tratamento das colecistites. Os agrafes de Michel e a agulha de Reverdin (tão nossos conhecidos) aqui, como em qualquer outro centro Americano que visitei, não são usados. A péle é suturada em pontos separados com seda ou crina. Outro detalhe interessante que me chamou a atenção foi o uso da seda na sutura do peritoneo.

Além de Lewis trabalha no Johns Hopkins Hospital uma grande autoridade em cirurgia nervosa: Walter Dandy. Opera com grande habilidade e relativa rapidês, enorme aparato, lampada frontal, seis ou mais auxiliares.

O outro serviço de Baltimore que me interessava era o de Young, cognominado, e muito justamente, o principe da Urologia americana. Infelizmente nos 12 dias que passei no Johns Hopkins Hospital o Professor Young se encontrava em ferias e não o pude conhecer pessoalmente. Seu chefe de clinica e substituto, Colston é tambem uma grande figura e segue de perto os passos do mestre. Seu nome está em grande evidencia atualmente nos Estados Unidos por ter sido êle quem, em colaboração com Dees, iniciou o emprego da para-amino-benzeno-sulfonamida ou sulfanilamida nas infecções gonocócicas.

São tambem muito interessantes os seus trabalhos sobre tumores de bexiga. Sobre os mesmos acaba de escrever uma monografia baseada em 98 casos nos quais usou os mais variados tratamentos. Só aconselha a cistectomia total ou parcial quando a radioterapia profunda e o radium falharam; estes dois ultimos processos têm o seu maior sucésso nos casos de tumores pouco infiltrados e nos de tipo papilar. Quando faz a cistectomia total costuma implantar os ureteres na sigmoide ou na péle, como fez num caso que tive oportunidade de observar. Homem sêco, de poucas palavras, é um grande trabalhador, sendo o primeiro a chegar e o ultimo a saír do seu serviço.

No departamento ambulatorio onde são atendidos os blenorragicos a sulfanilamida é muito empregada. Nos casos agudos é a unica terapeutica usada e nos cronicos ou naquêles em que ha reparos gonocócicos, estes são atacados pelos processos classicos. Como antisepticos locais estão em primeira linha o argirol, a acriflavina e o rivanol.

A terapeutica pela febre está, pelo menos na blenorragia, completamente abandonada em Baltimore. Os riscos que o doente corre, a dificuldade de técnica e o grande numero de sessões necessario muitas vezes para a cura, contrastam flagrantemente com a relativa benignidade da doença. O aparelhamento é complicado e exige um "team" especialisado de medicos e enfermeiras em constante vigilancia ao doente.

Entretanto o que mais encanta ao Urologista na clinica de Young é a técnica perfeita e apurada da prostatectomia perineal. Neste particular a escola de Baltimore é inexcedivel. Uma prostatectomia perineal feita por qualquer um dos seus assistentes é uma operação que impressiona pela sua elegancia. Graças a este grande treinamento de seus assistentes, a mortalidade tem andado nestes ultimos anos pelos arredores de 1,8% o que é ótimo para tratamento cirurgico da hipertrofia prostatica. Afirmam ser rara a fistula e, de fáto, tendo visto diversos doentes operados já ha algum tempo todos estavam com a sua cicatrisação perfeita. Alguns poucos casos de incontinencia corrigida com uma plastica de esfincter. Pessoalmente o Professor Young já teve oportunidade de operar 230 casos sucessivos sem uma só morte o que constitue sem duvida um record dificil de ser igualado. Entretanto em prostatas muito volumosas, ainda fazem a operação de Freyer.

A resecção endoscopica da prostata teve em Baltimore uma das suas origens, pois os aparelhos de corte a frio, tipo "punch" são originais de Young. Entretanto a resecção trans-uretral não é muito usada em Johns Hopkins. Para ..oung éla encontra suas indicações unicamente nos lobos medianos, barras prostaticas e esclerose do cólo. Todos os demais, excepto as prostatas muito volumosas, devem ser tratados pela prostatectomia perineal.

Tambem no departamento de Urologia a raqui-anestesia excede, larga-manu, todas as demais. A urografia excretoria é feita sistematicamente, como exame de rotina, em todos os doentes que baixam ao serviço. Só quando os seus resultados são insuficientes ou si ha alguma indicação especial é que recorrem á pielografia ascendente.

De Baltimore me dirigi á Clinica dos Irmãos Mayo em Rochester, no Estado de Minnesota. E' sem duvida a organisação medica mais perfeita dos Estados Unidos. Situada numa pequena cidade de 20.000 habitantes, atrai doentes de todas as partes do país. Só no ano de 1937 passaram pela clinica 80.000 doentes dos quais 20.000, isto é, uma quarta parte, foram operados. Só aí temos uma média de mais de 50 intervenções por dia... Já ás 8 horas da manhã começam os serviços cirurgicos nos diversos hospitais que constituem o clinica; muitas vezes só voltei para casa depois de 6 horas da tarde, após um intenso dia cirurgico, no qual só se tinha tido ½ hora para o almoço.

A descrição detalhada da clinica já foi feita por mim atravez de um artigo publicado na imprensa local. Rapidamente por isto darei agora a sua organisação:

Um edificio chefe, o Edificio das Clinicas, para onde o doente vai logo que chega e onde êle é minuciosamente examinado. Nos seus 18 andares os mais completos aparelhamentos de diagnostico que até hoje vi. Possue tambem ótima bibliotéca, salões para conferencias, projeções de films cientificos, etc. Depois de examinado e uma vês diagnosticado o seu mal, o doente baixa ao hospital ou para se submeter a uma

intervenção julgada necessaria ou para fazer exames mais minuciosos que exigem hospitalisação. Sob a dependencia da clinica existem os seguintes hospitais:

1.º — Colonial — para cirurgia geral e cirurgia urologica. Tem 10 salas de operações e capacidade para 290 doentes.

2.º — Kahler — para cirurgia geral, cirurgia do cancer e da tireoide. 6 salas de operações e 370 leitos.

3.º — Worral — para oto-rino-laringologia, oftalmologia e odontologia. 9 salas de operações. — 205 doentes.

4.º — Worral-Annex — dermato-sifiligrafia e doenças ano-retais.

5.º — Curie — para radio- e radium-terapia.

6.º — St.-Mary — o maior hospital exclusivamente cirurgico dos Estados Unidos — 16 salas de operações e capacidade para 1.600 doentes.

Os hospitais não pertencem á Clinica mas sim a uma sociedade anonima, a Kahler Corporation. Os cirurgiões, em numero superior a 50, recebem a mesma remuneração mensal, qualquer que seja o numero de doentes por êles atendido. Os diretores dos diversos departamentos se esforçam sempre entretanto para que este numero seja equilibrado. O doente pode escolher medico si quizer, mas em geral se submete ao que lhe é determinado pelo chefe do departamento que consulta. Os honorarios variam sempre de acordo com as posses do doente. Para controle destas a Clinica possue um departamento especial. Si o doente é reconhecidamente pobre não paga a consulta, os exames, a intervenção. A hospitalisação entretanto nunca é gratuita.

O departamento cirurgico é chefiado por J. C. Masson e está dividido em 13 secções: Cirurgia geral, cirurgia nervosa, ortopedia, cirurgia toracica, endoscopia trans-oral, cirurgia trans-uretral, anestesia-transfusão-medicação intravenosa, anatomia patologica, laringologia — cirurgia oral e plastica, oto-rino-laringologia, oftalmologia, proctologia e cirurgia dentaria.

Todos os cirurgiões da Clinica são bons técnicos mas sem duvida destacam-se alguns nomes: Masson, Pemberton, Harrington, Walters, Counsellor, Priestley, Braasch e Thompson. Os irmãos Mayo com 77 e 74 anos respetivamente, assim como Cabot e Balfour, o atual diretor da Clinica, já não operam mais.

Um dos aspétos que mais impressiona na Mayo Clinic é o grande desenvolvimento e o grande cuidado que dão á anatomia patologica. Durante uma intervenção cirurgica, quando qualquer peça é retirada, um botão elétrico chama logo um anatomo-patologista ao qual éla é entregue. Muitas vezes ainda não está fechado o peritoneo e já volta o anatomo-patologista com o resultado do exame histologico e a peça devidamente cortada passa de mão em mão por toda a assistencia. Si deste resultado pode depender uma modificação qualquer da técnica a ser seguida, o cirurgião não espera mais do que 1 ou 2 minutos por êle. O Museu de anatomo-patologia é notavel pela quantidade e variedade de peças.

A técnica em geral, mais apurada sem duvida do que em Baltimo-

re, segue entretanto em suas grandes linhas o comum das técnicas Americanas: incisões muito grandes, relativa lentidão, desdobramento matematico dos tempos operatorios. Diga-se de passagem que em nenhum centro Americano o fator "velocidade operatoria" é levado em conta.

Operam com tres auxiliares e duas instrumentadoras. A abundancia de material é tão grande que raramente um instrumento, uma simples pinça de Kocher por exemplo, é empregada duas vezes. A 1.ª instrumentadora a um gesto do cirurgião fornece-lhe a pinça ou o instrumento que deseja; depois de usada o cirurgião entrega-o á 2.ª instrumentadora que já se encarrega de o mandar para nova esterelisação...

Como anestesias empregam em ordem decrescente: protoxido de azoto, ciclopropano, éter, raqui-anestesia, trans-sacra, epidural e evipan sodico na veia. A este ultimo costumam associar na mesma seringa 1,5cc. de coramina. A's mais das vezes usam uma mistura dos tres primeiros, isto é, protoxido, ciclopropano e éter, em proporções determinadas. Excusado dizer que aos dois primeiros sempre é preciso acrescentar oxigenio e gaz carbonico. Graças a seus esplendidos aparelhos, semelhantes aos de Baltimore, estas anestesias mixtas são muito simples. Mesmo cuidado quanto ao pulso, respiração e pressão.

Notavel é sem duvida a maneira pela qual na Clinica Mayo é feita a resecção endoscopica da prostata. Ao contrario de ..oung que, como vimos, só a pratica em poucas indicações, Thompson e Cook fazem-na por assim dizer em todos os casos. O primeiro aparelho usado na Clinica para a resecção trans-uretral foi o de Braasch Bumpus, aparelho de corte a frio e modificação do "punch" de Young. Devido á dificuldade do controle da hemorragia e outros inconvenientes foi abandonado e Thompson, chefe da secção de resecção, passou a usar o aparelho de Mc Carthy. Os resultados pouco brilhantes foram atribuidos por Thompson ao uso da corrente elétrica para o corte. Por este motivo voltou este urologista a estudar o aparelho de Braasch-Bumpus e em 1935 introduziu no mesmo uma serie de modificações que lhe corigiram os defeitos segundo sua opinião. De então para cá passou a usar só o seu aparelho. Em 1936 foram feitas na Mayo Clinic com este aparelho e segundo a técnica de Thompson, 600 resecções e em 1937 este numero já havia subido a 864; durante este mesmo periodo foram feitas 6 prostatectomias perineais e 0 hipogastrica. A mortalidade foi nestes dois anos de 0,75% para a resecção endoscopica. E' a melhor estatistica Americana. Antes de fazer a resecção Thompson faz um minuciosissimo estudo do tipo do adenoma, quer sob o ponto de vista endoscopico, quer principalmente sob o ponto de vista radiologico. A uretro-prostatografia é feita sistematicamente em todos os doentes segundo uma técnica semelhante á de Alcock e Flock, isto é, com uma geléa opaca a base de lipiodol.

Inicia os cortes atacando primeiro um lado do tumor, depois o outro e finalmente o centro. O tempo medio de suas ultimas 1.000 resecções foi de 38 minutos. Nunca leva mais de uma hora preferindo levar a cabo a intervenção em 2 a 3 sessões do que ficar com o doente mais de 1 hora na mesa. Raqui-anestesia ou evipan endovenoso. Quasi sem-

pre depois de terminada a resecção faz uma forte aspiração vesical para retirar pequenos fragmentos de prostata que tenham caído dentro da bexiga. Coagula levemente, o menos possivel sempre, um ou outro vaso que esteja sangrando um pouco mais. Controla a hemorragia "en nappe" da loja prostatica por meio da sonda balão de Folley, instrumento hoje usado indistintamente por todos os reseccionistas Norte-americanos. Tem retirado até 750,0 de prostata por este método e frequentemente tira mais de 200,0. Só considera uma resecção terminada quando, com o aparelho colocado ao nivel ou um pouco acima do verumontano, pode ver sem dificuldade o trigono e, melhor ainda, os orificios ureterais. E' de opinião que o processo pode ser empregado em todos os casos de hipertrofia prostatica qualquer que seja o seu tamanho.

Retira a sonda-balão de Folley no dia seguinte da intervenção. Substitui-a por uma sonda comum que deixa mais 3 ou 4 dias. Nesta ocasião retira a sonda e manda o doente levantar. Si ha disuria e polaciuria coloca novamente a sonda por mais um ou dois dias. O tempo medio de hospitalisação dos doentes é de 11 dias.

Perguntando a Thompson o que julgava do aparelho de Mc Carthy respondeu-me: ótimo, mas exige mãos muito habeis e experimentadas; durante o tempo que o usei tive alguns casos de incontinencia postoperatoria por lesão do esfincter externo e tambem algumas fistulas retais; atribuo estes acidentes á corrente elétrica pois depois que passei a usar o "punch" nunca mais os observei. Sei entretanto de alguns reseccionistas Americanos como Alcock, por exemplo, que usam o Mc Carthy e tem resultados tão bons quanto os meus.

A sulfanilamida tambem fez a sua invasão na Clinica Mayo. Cook, encarregado dos serviços de Ambulatorio, empregou-a em doses um pouco menores que as preconisadas por Colston. Inicia por 3,0 e baixa logo no 3.º dia para 1,5 e depois para 0,90. Associa-a sempre ao tratamento local pela acriflavina ou rivanol. Usou durante algum tempo a piretoterapia para as infecções blenorragicas. Tive oportunidade de lá ver o Kettering Hypertherm, o aparelho de febre artificial produzida por ar acondicionado e fabricado pela General Motors. E' opinião de Cook que a febre artificial falha mais nas blenorragias do que a sulfanilamida e que os casos que não melhoram com esta tambem não melhoram com a febre. Teve um caso de morte que o fez abandonar completamente o processo. Reservam-no unicamente para os casos graves de sifilis nervosa, coréa, etc.

Depois da visita á Clinica Mayo me dirigi a New York onde permaneci 2 mêses. New York é uma Babel sob todos os pontos de vista. O medico que quiser apenas conhecer todos os seus hospitais, precisa mais de um ano, pois o seu numero sobe a 450 .. Limitei-me a frequentar com assiduidade os dois principais a meu ver, a saber o New York (da Cornell University) e o Presbiterian (da Columbia). Acidentalmente, quando havia operações interessantes marcadas no boletim que

diariamente é distribuido aos medicos visitantes, vim a conhecer tambem alguns outros. Tive assim oportunidade de conhecer o Joint Diseases, o St. Lukes, Post-Graduate, Policlinic, Belevue, Morrisania, Brooklin, Mount-Sinai, Midtown, Doctors, William Park, etc.

Os vultos que mais me impressionaram em New York foram: Lowsley, Squier, Mc Fee, Sydney Ritter, Peterson, Kirwin, Cooper, Chase, Colp, Hyman, Beer, Albee e Duff. Mc Carthy não tem mais serviço hospitalar e só se pode ver opera-lo em sua clinica particular, o que só consegui uma vez.

Lowsley é o diretor do serviço de Urologia do New York Hospital. Uma das técnicas mais apuradas que vi, é um grande amigo da America do Sul e do Brasil onde já esteve. Tive oprtunidade de vê-lo praticar diversas vezes uma intervenção bastante interessante e a que êle denomina-plastica para a impotencia. Acha-a indicada em todos os casos de erecção incompleta ou dificil que tenham por causa: a) traumatismos perineais (cirurgicos ou não); b) lesões inflamatorias do perineo resultando na formação de tecido cicatricial; c) falta de tonicidade muscular e i) idade avançada. A intervenção consiste essencialmente no encurtamento dos musculos bulbo-cavernosos e isquio-cavernosos atravez duma incisão em Y feita no perineo. Ao mesmo tempo põe uma ligadura parcialmente constritora nas veias dorsais do penis ao nivel do ligamento suspensor. Com isto obtem modificações de ordem circulatoria para o lado dos corpos cavernosos, uma estase parcial dos mesmos que facilitam a erecção nos casos em que ela era dificil. Para este encurtamento usa um catgut especial, em forma de fita, afim de não mortificar o tecido muscular. Esta intervenção lhe deu bons resultados em cerca de 80% dos doentes operados.

Com este mesmo catgut em forma de fita Lowsley pratica nefropexias e nefrostomias por técnicas originais. Nas nefrostomias principalmente é muito interessante o seu processo pois faz o fechamento da brecha renal sem passar nenhuma agulha ou fio pelo parenquima, gracas unicamente á capsula e ao catgut em fita.

Para resecções prostaticas usa o aparelho de Mc Carthy ou o ultimo modelo do aparelho de Kirwin, seu chefe de clinica. Os tres processos para tratamento da hipertrofia prostatica, a saber, prostatectomias perineal e hipogastrica e resecção endoscopica, são usados na clinica de Lowsley. Assim esquematisa êle as suas indicações: usa a hipogastrica nas prostatas muito grandes, com lobos laterais fazendo uma saliencia muito grande para dentro da bexiga; usa a perineal em prostatas de tamanho medio, cujos lobos laterais se desenvolvem mais para a luz da uretra posterior do que para dentro da cavidade vesical, e quando ha dados clinicos ou anatomo-patologicos que permitem afirmar uma degeneração maligna do tumor; usa a resecção trans-uretral nas prostatas pequenas, barras prostaticas, molestia do cólo, lobos medianos isolados, qualquer que seja o seu tamanho. No ano de 1937 as proporções respetivas dessas tres intervenções foram: 65% de resecções trans-uretrais, 25% de prostatectomias perineais e 10% de hipogastricas.

Usa a sulfanilamida parcimoniosamente, sempre associada á terapeutica local, empregando como antiseptico a acriflavina. Para êle a sulfanilamida só. é incapaz de curar uma blenorragia; fazendo ceder rapidamente os fenomenos agudos, desaparecer a secreção, clarear a urina, permite que se passe mais rapidamente aos tratamentos mais energicos como sejam as dilatações e as massagens. Lowsley por mais de uma vez chamava-nos para mostrar ao microscopio laminas de doentes absolutamente asintomaticos graças á sulfanilamida e nas quais ainda se encontravam germes de Neisser... Ajuda muito, dizia êle, mas **sózinha** só cura uma pequena percentagem de doentes.

Pertence tambem ao grupo da urologistas que abandonou completamente a febre artificial no tratamento da blenorragia. Os motivos que alega para isto são os mesmos que já salientei quando me referi a este ponto em Baltimore e na Clinica Mayo.

Lowsley, assim como um grande grupo de especialistas Americanos, é um defensor do acido mandelico como antiseptico e acidificante urinario. Considera-o indicado em todos os casos em que a infecção é produzida pelo coli-bacilo. Naturalmente quando ha uma causa local, como retenção, obstaculos etc., a sua remoção se impõe ao lado da terapeutica pelo acido mandelico. Nas infecções estafilo e estreptococicas julga a sulfanilamida muito superior ao mandelato de amonio.

A biopsia da prostata é outra pratica bastante corrente no serviço Lowsley. Possue para isto uma pinça original e nos casos suspeitos, sob a ação de anestesia local, faz a retirada desse pequeno fragmento que é enviado ao laboratorio. A pinça é introduzida pelo perineo, colocando-se o indicador da outra mão no réto afim de servir como guia e mesmo evitar o ferimento deste orgão.

Peterson, seu chefe de ambulatorio, que é aliás quem se encarrega destes estudos sobre a sulfanilamida, é um grande partidario das dilatações dos ejaguladores nas vesiculites cronicas. Tem para isto um aparelho especial bastante pratico. Para êle a lavagem das vesiculas não tem o minimo valor pois segundo deduziu de demorados estudos experimentais que realizou, de duas uma: ou os ejaculadores estão normais, isto é, francamente permeaveis, e o liquido injetado sai logo para a uretra e bexiga, ou estão obstruidos, estreitados e a lavagem só poderá contribuir para irritar ainda mais a vesicula, mantendo em contacto com éla o antiseptico por um tempo prolongado demais.

Mc Fee foi um dos cirurgiões de mais recursos que conheci. Trabalha no New York e no St. Lukes Hospital e suas operações tem sempre uma grande assistencia. Grande anatomista, opera sempre com o traumatismo minimo e hemostasia perfeita. Apenas muito lentamente: recordo-me duma resecção abdomino-perineal do réto que fez no St. Lukes Hospital e exigida por um cancer — foi sem duvida uma operação magistral, uma verdadeira sucessão de gravuras de livro, mas levou 2 horas e ½.

Cooper, Chase, Colp, Duff foram outros tantos cirurgiões que tive oportunidade de conhecer mais de perto. O departamento de cirurgia gastrica, um dos que mais me interessava, tambem possue ótimos téc-

nicos. A gastrectomia entrou definitivamente, como vencedora neste terreno e pouquissimas foram as gastro-entero-anastomoses a que assisti. O Hofmeister-Polya classico, ou com leves modificações, continua sendo o processo mais usado.

Fred Albee, o grande ortopedista Americano é sem duvida um dos maiores amigos do Brasil em New York, honrou-me com um convite para uma sessão operatoria em seu hospital particular. Assisti numa manhã a uma laminectomia perfeita sob todos os pontos de vista e a uma resecção do maxilar inferior por sarcoma em um menino de 12 anos: ressecado o maxilar, o Prof. Albee substituiu-o por um fragmento de tibia ao qual deu exatamente o mesmo feitio da porção extirpada.

Francis Hagner, professor da George Washington University, é um urologista que tem se notabilisado ultimamente nos Estados Unidos por uma operação plastica que fez para corrigir a esterilidade do homem consequente á orqui-epididienite blenorragica. A sua intervenção é uma anastomose epididimo deferencial. Durante a intervenção já faz o exame microscopico do conteudo epididimico e procura anastomosar o melhor deferente com o epididimo que fornece espermatozoides em maior numero e com maior motilidade. Por este motivo faz ás vezes anastomoses cruzadas. Já operou 104 casos com sucesso de exatamente 50%, 38 na primeira intervenção e 12 após uma segunda. A percentagem de falhas é sem duvida grande, mas o risco operatorio é nulo e além disto é o unico recurso que têm estes doentes. Atribue ao uso de suturas de prata, o fato de ser êle o cirurgião que tem a melhor estatistica no genero.

Sydney Ritter, chefe de clinica de Mc Carthy, é o urologista dos hospitais Midtown, Polyclinic e Joint Diseases. Partidario da resecção prostatica trans-uretral nos casos em que éla é indicada (prostatas não muito grandes) pratica-a sempre com um dos aparelhos de Mc Carthy: o de corte elétrico ou, o mais recente, um aparelho tipo "punch". Prefere este ultimo quando tem que trabalhar perto do verumontano pois acha muito perigoso manejar com correntes elétricas perto deste orgão. Como todos os demais usa sistematicamente a sonda-balão de Folley depois da intervenção. Ritter admite, como Peterson, que o tratamento basico das vesiculites cronicas deva ser a dilatação dos canais ejaculadores e que as lavagens devem ser deixadas só para casos especialissimos. São tambem notaveis os trabalhos deste autor sobre a enervação renal que pratica com grande habilidade. Pratica-a especialmente nos casos de nefralgias rebeldes, pequenas hidronefroses, associada á nefropexia ou não. Em muitos casos faz ao mesmo tempo descapsulação.

Squier, outro eminente urologista que conheci, dirige a clinica Urologica do Presbiterian Hospital. Conservador ao extremo, usa até hoje exclusivamente a operação de Freyer na qual é aliás muito habil. Indagando sua opinião sobre a perineal e a trans-uretral respondeu-me: estou com 60 anos e sempre fiz a operação de Freyer que me dá uma mortalidade de 6%; julgo que qualquer outra técnica que viesse a adotar agora aumentaria o meu indice letal — isto é para os moços...

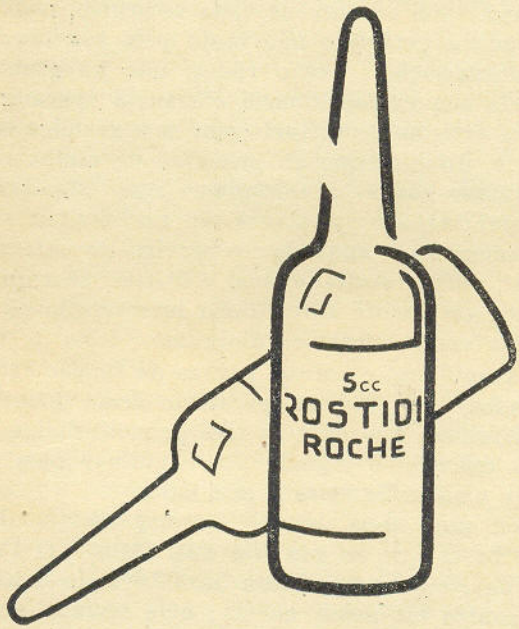
Um serviço bastante interessante que visitei tambem em New York, foi uma organisação que trabalha anexa ao William Park Hospital. E' a "Consalescent Serum Center" e, como o seu nome indica, ocupa-se exclusivamente da terapeutica pelos soros de convalescentes. A organisação já tem similares em Chicago, Milwaukee, Philadelphia e Providence. Tem em "stock" soros de convalescentes de sarampo, escarlatina, erisipela, poliomielite e estudos estão sendo feitos com a coqueluche, a pneumosia e outros. O departamento não tem mãos a medir pois estes soros são principalmente muito empregados a titulo profilaticos por ocasião das epidemias de algumas destas molestias. Os doadores são rigorosamente examinados, passam por um Wassermann e um Khan negativos e depois vendem o seu soro a muito bom preço...

São estes, em grandes traços, os aspétos mais interessantes da ciencia medica Norte-Americana. Sob o ponto de vista cirurgico, pode-es dizer que o Americano chegou á perfeição não tanto pela sua técnica individual, mas pela sua organisação. Como vistes, não ha grandes vultos que se destaquem pela sua extraordinaria elegancia operatoria, não ha em suma verdadeiros artistas do bisturi como nos grandes centros Europeus. Ao contrario, disse mesmo no principio da minha cronica, que o cirurgião Americano realisa o verdadeiro tipo "standard" da cirurgia. Mas a sua organisação hospitalar é tão perfeita, os exames dos doentes são tão numerosos e apurados, o serviço de enfermagem sobretudo é tão notavel, que o resultado final é ótimo. O arquivo dos exames a que se submete um doente antes duma intervenção cirurgica é quasi um livro muitas vezes: electrocardiogramas, tests de metabolismo basico, dosagens sanguineas e outras, provas de função renal, radiografias as mais variadas, etc. O post-operatorio deste doente é seguido em seus minimos detalhes. Durante os tres primeiros dias depois de uma intervenção o enfermo é vigiado dia e noite e nem um instante siquer deixa de ter uma enfermeira a seu lado.

Para que se possa fazer uma idéia do que é a organisação dum grande hospital Americano basta que eu vos cite dois fátos: O Presbiterian Hospital, o maior de New York, custou 50.000.000 de dollars, isto é, quasi 1 milhão de contos em nossa moeda; nêle moram, entre medicos, internos, empregados, enfermeiras, engenheiros, técnicos diversos, etc., isto é, gente que se ocupa em ultima analise exclusivamente do doente, 3.000 pessoas — pois bem, o hospital tem apenas 1.250 leitos! Em outras palavras quasi 2 pessoas e meia para cuidar de cada doente. No New York Hospital, do mesmo modo, moram 2.000 pessoas e sua capacidade é para 1.000 doentes. Comentando com muita justeza a fabulosa despeza de um destes grandes hospitais Americanos, dizia-me o Professor Surraco de Montevidéo que foi meu companheiro de viagem: "Com o que esta gente gasta num hospital, você sustentaria e trataria todos os doentes do Rio Grande do Sul..."

Antes de terminar quero agradecer ao Sr. Presidente a oportunidade que me deu para ler esta modesta cronica e a todos vós a atenção que me dispensastes.

Larostidine „ROCHE"



Tratamento biochimico das
Ulceras
Gastro-Duodenaes,
pelo chlorhydrato de histidina

Producto original estudado por Weiss, Aron, em collaboração com a casa „Roche".

IMPORTANTE.

Solução a 4%, ampolas de 5cc., dóses preconisadas por Weiss, Aron e consagradas pela pratica.

Injecções indolores, intramusculares ou sub-cutaneas, diariamente durante tres semanas approximadamente.

Grande vantagem de preço.
Garantia da marca «ROCHE».
Caixa de 6 ampolas de 5cc.

Productos Roche S. A. - Rio de Janeiro

Sôbre um Caso de Retração Isquémica de Volkmann

S. J. Kanan

Docente de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopedica da Faculdade de Medicina da Universidade de Pôrto Alegre.

Foi Richard VOLKMANN quem, pela primeira vez, em fins do século passado, chamou a atenção para uma certa entidade mórbida, caracterizada por *paralisias e contraturas dos membros,* consecutivas a aplicação de pensos muito apertados, e determinadas por uma degeneração rápida da substância contratil muscular. Ficou conhecida, então, pelo nome de *Sindromo* ou *Moléstia de Volkmann,* como é atualmente chamada em todo o mundo, e ainda de *Paralisia* ou *Retração Isquémica de Volkmann.*

De então para cá a Moléstia de Volkmann tem sucitado muito interesse, servindo de téma em diversos congressos e reuniões científicos, assim como assunto para artigos e pesquisas experimentais. O trabalho de DENUCÉ (1920) é como que uma coletânea de todos os conhecimentos dessa afecção, até aquela data. O relatório de MASSART, apresentado á XVIII Reunião Anual da Sociedade Francesa de Ortopedia, em Bruxelas, 4 de outubro de 1935, é um trabalho importante, pela sua contribuição e vulgarização das diversas téorias patogênicas da retração isquémica. Ainda este ano o Journal Internacional de Chirurgie (nº 2 — tomo III), dedicou um número especial ao seu estudo, com a colaboração de figuras eminentes da medicina contemporânea, como LERICHE, PUTTI, TAVERNIER, WERTHEIMER, FRIEH, KAPPIS, CLIVIO V. NARIO. Hoje, a contribuição mundial ao seu melhor conhecimento é grande e multiforme, quér no campo da clínica, quér no terreno da pesquisa experimental em animais. Mas, nem por isso, a sua patogenia está completamente esclarecida. E' de salientar, não obstante, que todo êsse esforço não foi infrutifero, porque auxiliou muito no melhor conhecimento do seu aspecto clínico, permitiu orientar em novas direções o problema patogênico, e estabeleceu com justeza as bases terapêuticas.

Tive oportunidade de observar um caso, no ano passado, cuja observação não é completa, porque lhe faltam o exame elétrico e o estudo do indice e das variações ocilométricas, mas a manifestação clínica da retração isquémica de Volkmann era evidente, sem a possibilidade de nenhuma dúvida.

Observação. — Gregorio A, com 32 anos de idade, branco, casado, brasileiro, operário nas Minas de Carvão de São Jerônimo.

Baixou á Enfermaria Prof. Guerra Blessmann, no dia 2 de Julho de 1937. Leito 1. Papeleta n.º....

Veiu á Santa Casa, a conselho do seu médico, para ser operado duma tumefacção localizada no antebraço direito, e porque não podia utilizar-se da mão e dos dedos que se encontravam em flexão.

Há uma semana, mais ou menos, ao levantar um vagonete de carvão, com as mãos atrás do corpo, o esforço empregado foi tão violento, que contundiu fortemente a face palmar do antebraço direito sôbre o bordo do mesmo. Sentiu, nessa ocasião, alguma cousa se arrebentar por dentro do antebraço. Apareceu uma dôr continua e progressiva, ao mesmo tempo surgia um edema sôbre o antebraço que se estendia á mão e aos dedos. Mais tarde, não podendo mais mover a mão e os dedos, começavam êles a se colocar na posição de flexão palmar. Não sabe se teve febre.

O médico da localidade suspeitando duma coleção purulenta, em via de formação, mandou fazer aplicações quentes, a-fim-de ser operado em seguida. A intervenção, realizada poucos dias depois, só deu saída a sangue.

Como os fenômenos não cedessem, e ao contrário estavam aumentando, achou conveniente ouvir a opinião dum especialista daquí.

Exame objetivo. — A' inspecção, o antebraço se apresentava edemaciado, estando fletido sôbre o braço e amparado pela mão do lado oposto; via-se ao nível do terço superior com o médio uma ferida operatória de 5 cms. de comprimento, retilinea, e em via de cicatrização por segunda intenção. A mão e os dedos, pálidos, estavam flexionados, a mão sôbre o carpo, a primeira falange sôbre o metacarpico respetivo, da mesma fórma as duas restantes falanges, formando uma mão com aspecto de garra; cumpre salientar aquí que *todas as falanges estavam flexionadas.* Não havia perturbações tróficas das unhas.

A' palpação, notava-se uma tumefacção dura da porção média da loja anterior do antebraço. A mão e os dedos opunham uma forte resistência quando se procura fazer a sua extensão, apresentavam-se frios e com formigamentos. Pulso rádial perceptível, a-pesar-de pouco cheio, denunciando em todo caso a permeabilidade da arteria.

Mobilidade ativa abolida. Mobilidade passiva reduzissima; conseguia-se á custo, e ao preço de forte dôr, uma leve extensão dos dedos, quando a mão era colocada em acentuada flexão palmar.

Hipostesia ao nível da mão e dos dedos.

Diagnóstico. — Retração Isquémica de Volkmann do membro superior direito.

Tratamento. — Aponevrotomia.

Prolongando a incisão da péle, já existente, um pouco para cima e para baixo, foi em seguida incisada a aponevróse no mesmo sentido e comprimento, passando pela abertura certa quantidade de líquido serohemático e coagulos sanguineos, que se encontravam sob tensão na loja sub-aponevrótica, infiltrando e comprimindo os tecidos, principalmente o muscular. Os músculos procuravam fazer hernia através a abertura, deixando ver a sua coloração violacea escura, e tendo em certos pontos o aspecto e a consistência de geléa.

Não foi colocado dreno, nem praticada a sutura dos diversos pla-

nos. Curativo oclusivo simples. Cicatrização por segunda intenção rápida.

A técnica seguida foi diferente da aponevrótomia de JORGE, que a faz em zig-zag, e após a evacuação do hematoma é suturada a aponevrose, fazendo-se a cicatrização por primeira intenção.

Foram-lhe prescritas no mesmo dia injeções de Acécoline e Coaguleno, e uma poção de cloreto de cálcio.

Evolução. — A dôr desapareceu no dia seguinte, e aos poucos foram cedendo o edema e o formigamento, para recuperar em poucos dias a coloração e a sensibilidade normais.

No dia seguinte ao da intervenção, o paciente foi submetido á sessões diárias de raios infravermêlhos, durante 30 minutos, e duas de mobilização passiva da mão e dos dedos. Para lutar contra a tendência da flexão foi colocada uma tala, partindo do terço médio da face palmar do antebraço até os dedos. O paciente foi instruido para que constantemente procurasse extender a mão e os dedos, a-fim-de auxiliar o tratamento e obter uma cura mais rápida.

Sob uma vigilância constante, e cumprindo a risca as instruções dadas, conseguia ao cabo de tres mêses mover ativamente a mão e os dedos, si bem que com um movimento um pouco preguiçoso, como que emperrados, mas o suficiente para poder entregar-se ao seu trabalho.

Crítica. — Êsse caso presta-se a uma série de considerações, principalmente de ordem patogênica.

E' fóra de dúvida que a *isquemia* foi a causa da eclosão dos fenômenos, que acabariam por formar a retração dos musculos flexores. O *primum movens* dessa isquemia é que é dificil de ser estabelecido. Foi uma ruptura vascular? Foi uma lesão nervosa? Foi um reflexo simpático por traumatismo arterial? E' mais provável a primeira hipotese, sustentada por LeRICHE.

O seu mecanismo de produção seria o seguinte: A violência do agente traumático provocaria uma série de rupturas vasculares, com derramento de certa quantidade de sangue na loja subaponevrótica, o qual infiltraria e comprimiria os musculos, asfixiando-os, e acabando por mortificar as fibras musculares. A isquemia foi a causa da necróse muscular. O sequestro muscular, uma vez removido, é substituido por um tecido escleroso retratil, que procura espalhar-se por todos os lados. O hematoma, em virtude de ser coletado numa loja osteofibrosa inextensível, exerce uma compressão mecânica sôbre os musculos flexores, dando origem assim a uma retração em flexão dos dedos, posição essa que seria fixada pelo processo fibroso cicatricial, e com tendência a aumentar, si não se empregasse uma terapêutica adequada e urgente. A participação do simpático e dos nervos póde ser considerada aí como secundaria.

A presença do hematoma ou derrame sero-hemático subaponevrótico, no caso em apreço, é bem evidente, a-pesar-de ser negado obstinadamente por LEVEUF. A sua evacuação, seguida duma melhoria notável, ao lado da Acécoline que realiza o papel duma simpaticectomia, e da mobilização dos dedos precocemente instituida, foram fatores que contribuiram para o restabelecimento da circulação e nutrição dos tecidos, facilitando enormemente a restauração funcional do membro.

A mão em garra dessa observação é bem diferente da mão em garra por paralisia dos musculos interosseos e lombricóides, que os advogados da téoria nervósa fazem correr por conta duma lesão do nervo mediano e cubital. Deve-se fazer a devida distinção, para ser avaliada a participação dos elementos vascular e nervoso na produção da Moléstia de Volkmann. Eu acho que só devem ser rotulados como pertencentes á éla, conforme a idéia de VOLKMANN, o tipo de garra que apresentar uma flexão total das falanges, como resultado duma retração dos musculos flexores, e não por paralisia motora.

A patogenia da Moléstia de Volkmann tem desafiado a paciência e a argucia dos pesquisadores, sem que tenham chegado á uma conclusão convincente. As pesquisas feitas sôbre animais, de sorte á reproduzir experimentalmente as mesmas lesões verificadas *in anima nobili*, e as acuradas observações clínicas feitas com riqueza de minúcias, nada mais têm feito do que demonstrar a sua complexidade e sua variável manifestação clínica. Nenhuma das teorias apresentadas é completa, denotando falhas que a invalidam irremdiàvelmente. Contudo, possue cada uma delas uma parcela de verdade, porque satisfazem na explicação de certos e determinados fenômenos, que a clínica e a terapêutica confirmam. E' possível que não esteja longe a época em que se chegará a elaborar uma verdadeira patogenia, com todos os detalhes do mecanismo de produção das lesões.

A bibliográfia é numerosa e exaustiva nesse sentido. Reproduzir a opinião toda de cada autor é realizar um trabalho estafante. Mas, os pontos mais interessantes do problema, segundo os últimos trabalhos de 1935 para cá, serão devidamente descritos para se ter uma idéia de conjunto.

São varias as hipoteses aventadas, corroboradas por observações clínicas completas e pesquisas experimentais.

Teoria isquémica. — A isquemia é a causa de todos os fenômenos da Paralisia Isquémica de Volkmann.

LERICHE considera-a como produzida por uma isquemia que aparece após um traumatismo arterial. A arteria principalmente umeral póde estar trombosada, comprimida, ou rompida. A falta de sangue acarreta a degeneração e necróse muscular. As fibras musculares destruidas são substituidas pelo tecido de esclerose retratil, de evolução lenta e progressiva. Estabelece-se, dest'arte, a retração isquémica dos musculos flexores do antebraço, com a formação da mão em garra de Volkmann. Os nervos mediano, cubital e radial, pódem ser atingidos pelo processo isquémico, causando alterações das fibras nervósas com perturbações da motrocidade e sensibilidade, apontadas por inumeras observações clínicas. Mas, as alterações nervósas não assumem a importâancia que lhe querem dar outros autores, elas são de segunda categoria. A membrana adventícia das arterias, quando é atingida pelo vaso-motoras. A reação vaso-constritora do simpático constitue a parte reversível da Moléstia de Volkmann, e as perturbações advindas pódem ser remediadas pela simpatectomia ou arteriectomia, como muito bem atestam inumeras intervenções levadas a termo nessa doença. O reflexo simpático

Schering

Testoviron

Exactamente dosado em „milligrs."

Hormonio testicular crystallizado sob a forma de propionato de testosteron

Indicações:

Fadiga intellectual e physica,

Insomnia presenil,

Transtornos da circulação peripherica (sensação de frio nas extremidades, acrocyanose)

Prurido senil,

Hypogenitalismo e diminuição da potencia,

Transtornos da micção na hypertrophia da prostata.

O Testoviron é o propionato de testosteron em solução oleosa e representa a forma mais activa de hormonio testicular conhecida até a presente data.

Emballagens originaes

Caixa com 4 amp de 5 mgrs
„ „ 4 „ „ 10 „
„ „ 2 „ „ 25 „

SOCIEDADE ANONYMA SCHERING

Caixa postal 540, Rio de Janeiro. Caixa postal 2127, São Paulo.

DEXTROSOL

(Glucose — d)

Á venda nas melhores pharmacias e drogarias

REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

Caixa Postal 2972 São Paulo

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

Praça Senador Florencio, 21 - Edificio Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel Dr. Norberto Pêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas

e Ultra-Curtas

vaso-constritor vem aumentar ainda o estado deficitário da circulação sanguinea nos musculos, e repercutindo desfavoravelmente sôbre o dos nervos e da péle. Verifica-se, também, um derrame sero-hemático nos musculos, que contribue ainda mais para asfixiar os feixes musculares. Para LERICHE a lesão principal é a isquemia causada por um traumatismo arterial, e os elementos nervosos, simpático e derrame sero-hemático sub-aponevrótico, são secundários.

LERICHE é apoiado por um grande número de autores, que expõe casos operados em que se verificava uma lesão arterial, e uma vez suprimida a causa se obtinha a cura. As experiências em animais, doutro lado, corroboram as asserções daquele autor. Além das pesquisas de Leser (1884) que confirmaram as de Heidelberg (1878), conseguindo determinar a paralisia e a rigidês muscular pela obstrução vascular por ligadura, ha as mais recentes de Clivio V. Nario (Montevideu), que estudou experimentalmente com muito cuidado essa questão, chegando á conclusões aplicáveis á terapêutica humana. Conforme esse autor, o Sindromo de Volkmann é determinado "por uma obliteração arteriolar difusa e sistematizada aos musculos e diafise correspondentes á um segmento do membro. A lesão tem uma expressão clínica muscular; mas o transtorno trófico é musculo-diafisário." Aponta o efeito nocivo da coleção sero-hemática, que deve ser evacuada imediatamente, e considera as lesões tronculares dos nervos e do simpático como desnecessárias para o aparecimento da Retração Isquémica de Volkmann. Ressalta, todavia, de que essa entidade é muito complexa no homem, e esses elementos devem ser tomados na devida consideração tanto clínica como terapêuticamente.

Ha certos autores, como TAVERNIER e DECHAUME, fundamentados em casos por êles observados com cuidado, que consideram ser o infarto hemorrágico ou isquémico como a lesão fundamental, atingindo todos os tecidos da loja sub-aponevrótica do antebraço — musculos, nervos e tecido celulo-adiposo. Dizem êles: "Si a natureza da lesão é indiscutível, o mecanismo de produção do infarto guarda tanta obscuridade aquí como nos infartos vicerais, e nos parece evidente que pódem intervir em sua produção fatores diversos: arteriais, venósos, ou vasomotores. A unidade da lesão elementar explica a uniformidade da evolução clínica, a multiplicidade dos fatores patogênicos explica os resultados paradoxalmente variáveis das terapêuticas que têm sido tentadas, e em particular os das operações sôbre as arterias, ora miraculosamente eficazes, ora sem nenhum resultado." Sintetizaram admiràvelmente a posição do problema patogênico da Moléstia de Volkmann, segundo os conhecimentos atuais.

Ha autores que, intervindo precocemente, após uma rigorosa exploração dos diversos elementos anatômicos, não encontraram nenhuma lesão arterial por mínima que fôsse. Basta isso para invalidar a concepção de LERICHE. E' que nem sempre se póde encontrar a lesão arterial como a causa da isquemia.

Considerando ainda essa doença como de natureza vascular, ha alguns que emitem a hipotese de ser determinada por uma lesão venósa. BARNEY BROOKS (Archives of Surgery, junho 1922), citado por

MASSART, publicou uma série de experiências feitas no cão, para produzir experimentalmente as lesões musculares da Moléstia de Volkmann. E conseguiu reproduzí-las experimentalmente pela simples ligadura da veia do musculo réto da côxa (rectus femoris) do cão, previamente isolado nas suas duas extremidades das outras formações anatómicas. De acôrdo com as suas conclusões, a retração isquémica de Volkmann é determinada por uma obstrução venósa aguda, que vai asfixiar os tecidos, e o acumulo das substâncias tóxicas produzirá uma necróse muscular. Da mesma maneira WERTHEIMER e FRIEH conseguiram por meio da obliteração venósa, em experiências, sôbre animais, causar lesões anatômicas semelhantes ás da paralisia de Volkmann: ha um infarto muscular com lesões de necróse e hemorragia. Si bem que os seus estudos são para demonstrar o papel exercido pela obstrução venósa na formação das gangrenas, não deixam de chamar a atenção para o facto de que o mesmo fátor póde influir na patogenia da Moléstia de Volkmann. Doutra parte, nas microfotografias de pedaços de musculos retirados por ocasião da intervenção, ficou provado de que os vasos venósos se encontravam alterados, com a sua luz aumentada de tamanho, atestando assim a sua participação etiológica na realização do Sindromo de Volkmann.

Teoria nervósa. — Impressionados fortemente pelos fenômenos de ordem nervósa, certos autores conceberam a idéia de que os nervos do antebraço são lesados primitivamente, dando origem á sintomatologia caraterística da Moléstia de Volkmann. A mão em garra é condicionada pela lesão dos nervos periféricos que se distribuem aos musculos da mão, determinando a paralisia dos musculos interosseos e lombricais. A flexão da mão sôbre o punho, a *extensão* da primeira falange sôbre o metacarpico, e a flexão das duas últimas falanges, realizam o aspecto da garra paralítica caraterística do primeiro periodo da evolução da Moléstia de Volkmann. Mais tarde, quando a motrocidade for readquirida, a flexão de todas as falanges e da mão corre por conta da retração isquêmica dos flexores, que é o atestado da lesão muscular. São, pois, duas fórmas de garra pertencentes á duas etiologias diferentes, e que devem ser observadas e diferençadas com cuidado em toda observação clínica dessa entidade patológica.

Ora, os estudos de BOURGUIGNON sôbre a medida da cronaxia, atestam eloquentemente que, em todos os seus casos, havia uma lesão primitiva dos nervos mediano e cubital, e raramente do radial, com uma reação de degeneração mais evidente para o lado da mão que do antebraço. O motivo dessa localização é, conforme BOURGUIGNON, por causa da distribuição das fibras nos troncos nervósos, uma vez que, sendo superficiais as destinadas á mão e aos dedos, são assim mais vulneráveis ao traumatismo, enquanto que as fibras profundas dos nervos mediano, cubital e radial, poupadas ou pouco lesadas, se distribuem aos musculos do antebraço.

Nem todos concordam com esse ponto de vista, negando á lesão primitiva dos nervos como a causa da Moléstia de Volkmann. WALTHARD e PERROT (Genebra) insurgem-se contra a concepção de BOURGUIGNON, e citam os trabalhos de O. FOERSTER que, tendo examinado anatomicamente e pelo estimulo elétrico a disposição topo-

gráfica dos filetes motores e sensitivos nos troncos nervósos, conclue que as fibras motoras não se acham separadas umas das outras, mas formam um plexo com múltiplas anastomóses, e só se isolam 1 a 2 cms. acima do lugar em que o ramo, que se destina ao musculo, se desprende do tronco nervoso.

Não é preciso que o trauma tenha atingido diretamente o nervo, para provocar as manifestações clínicas da Moléstia de Volkmann, basta uma simples isquemia para produzir o mesmo resultado.

O facto de ter sido vista e descrita a lesão dos nervos, não basta para deduzir ser ela a única e exclusiva causa dessa doença. O que não padece dúvida é que contribue para a sua eclosão.

Teoria vaso-motora. — O reflexo vaso-constritor do simpático originaría a Retração Isquémica de Volkmann, e como prova basta a simpaticectomia ou a arteriectomia para fazer desaparecer todas as perturbações. Nem sempre é assim, e os fracassos são sem conta. Deve-se ver na coparticipação simpática um fator adjuvante de primeira importância, e si algumas vezes aquelas intervenções não curam, ao menos melhoram extraordinàriamente. LERICHE demarcou nitidamente a sua influência, como podendo ser uma concausa para a explosão dos sinais do Sindromo de Volkmann.

LEVEUF vê no simpático a causa do espasmo vascular que irá provocar uma isquemia, com a necróse muscular e a substituição do tecido muscular pelo escleroso retratil. Mas, só se realiza nas crianças notadamente predispostas ao espasmo, predisposição essa que êle chama como de natureza espasmofílica. Geralmente, a Paralisia Isquémica aparece nas crianças, após uma fratura supracondilica do umero. O traumatismo determina o espasmo das arterias (arteriolas e precapilares), por irritação da arteria umeral pelos fragmentos da fratura, com todas as consequências, já conhecidas, da isquemia assim produzida. Elaborou essa hipotese patogênica mas sob a condição de serem efetuadas pesquisas comprobatorias, para que o futuro diga si é ou não certa.

Teoria do hematoma sub-aponevrótico — MOUCHET foi um dos mais calorosos defensores da teoria, que considera a Moléstia de Volkmann como causada pela compressão do derrame sero-hemático na loja sub-aponevrótica do antebraço. Essa compressão traria como consequência a obstrução circulatoria, com os fenômenos decorrentes da isquemia. Os musculos asfixiados pela tensão do derrame acabariam por morrer, para serem substituidos pelo tecido escleroso cicatricial. Daí a importância da aponevrótomia de JORGE (Buenos Aires).

LEVEUF, entre poucos, nega a existência desse serohematoma, que êle declara nunca ter visto em todos os seus casos precocemente operados. Entretanto, LERICHE rebate com veemência as afirmativas de LEVEUF, a quem acusa não ter o direito de duvidar dos que verificaram clinica e terapêuticamente a influência do hematoma na evolução da Moléstia de Volkmann.

As observações clínicas de diversos autores se referem frequentemente da influência benefica da aponevrótomia, precocemente feita, dando margem a que saia o líquido sero-hemático, e dessa maneira desafo-

gue os tecidos sub-aponevróticos, principalmente os musculos. Não se póde, pois, negar a sua importância patogênica.

Teoria da compressão pelo aparêlho imobilizador. — Por muito tempo foi atribuido ao aparêlho gessado, ou ao aparêlho de talas, o papel de provocador da Retração Isquémica de Volkmann, que, uma vez bem apertado, determinaria uma constrição a ponto de impedir a livre circulação sanguinea. Representaria o mesmo papel que o do hematoma.

Ora, por essa suposta causa muitos médicos pagaram caro o seu zêlo profissional, e muitas emprezas de seguro contra acidentes de trabalho arcaram com grandes indenizações. MOUCHET provou, finalmente, que o aparêlho gessado apertado é incapaz, por si só, de provocar a Retração Isquémica de Volkmann, si uma outra causa preponderante não tiver antes atuado. A constrição pelo aparêlho apertado poderá quanto muito contribuir para o aumento dos fenômenos, no papel de causa adjuvante e não determinante.

MASSART, referindo-se ás experiências sôbre cães, feitas por JEPSON, na Mayo Clinic, declara: "por onde se chega á conclusão que a obliteração vascular representa um papel importante, que o obstaculo circulatorio determinado pela presença dum sero-hematoma aprisionado pelas massas musculares e pelas aponevróses deve entrar em linha de conta, e que ao contrário o aparêlho muito apertado é êle só, na ausência de toda lesão vascular, incapaz de reproduzir a Moléstia de Volkmann." Si não fôra assim, assistir-se-ia com muito mais frequência ao aparecimento dessa lesão, consecutiva á aplicação de aparêlhos fortemente colocados, o que a observação clínica não comprova.

MASSART, entretanto, chama a atenção no seu relatorio para as manobras brutais durante a redução das fraturas, como podendo determinar a Paralisia Isquémica. Nessa ocasião as arestas das extremidades da fratura pódem lesar os vasos, nervos e o simpático, provocando fenômenos caraterísticos da Moléstia de Volkmann. Na descrição do tratamento dos seus casos, ressalta a coincidência duma manobra brutal para redução duma fratura com o aparecimento dos sinais da moléstia.

Teoria mecânica. — MUTEL e DURAND, ao estudar a patogenia do Sindromo de Volkmann, chegam ao resultado de que existem dois elementos básicos:

a) A fibrose muscular;

b) A retração em flexão dos dedos.

A fibrose é comum á todos os músculos, e é uma consequência da isquemia por compressão. Com efeito, as mesmas lesões já foram verificadas, com frequência, ao nível dos musculos da perna, com uma manifestação clínica semelhante á da Moléstia de Volkmann. Há quem afirme, não ser tão rara ao nível do membro inferior, como querem alguns; é de observação frequente a rigidês da articulação tibiotarsica, consecutiva á uma fratura dos ossos da perna imobilizada por um aparêlho gessado, acompanhada ás vezes dum certo grau de equinismo, e que advêm duma fibróse retratil ao nível da pantorrilha.

Porém, para aqueles autores, a característica principal da Moléstia de Volkmann é a retração em flexão. E, essa retração é provocada por uma causa mecânica, a flexão dos dedos é segundo êles um fenômeno

puramente mecânico, e não uma reação vital ou fisiológica. A isquemia, a hipovascularização, a deficiência da circulação colateral, a fragilidade muscular e a contratura simpática, são tantas outras causas apresentadas para explicar essa retração como especial aos musculos flexores. Mas elas são inconsistentes nesse ponto, e não resistem á uma crítica severa. MUTEL e DURAND provaram essa flexão como sendo de natureza mecânica, tanto no vivo como no cadáver. Efetivamente, basta fazer-se uma compressão sôbre o antebraço num individuo, em sono ou sob anestesia, para que os dedos se flexionem até um certo grau. O mesmo observa-se no cadaver, mas, si injétarmos nas partes móles da face palmar do antebraço uma certa quantidade de líquido, de maneira a realizar as condições do hematoma compressor sub-aponevrótico, a flexão se acentua até o máximo. Nessa situação, pois, a compressão é a origem da isquemit e ao mesmo tempo da flexão dos dedos; a fibróse cicatricial nada mais faz, então, do que fixar a posição dos dedos como estavam, i. é, em flexão.

Teoria da predisposição individual. — Segundo o modo de vêr de LEVEUF e de PUTTI ha certas condições individuais, que são predisponentes á aquisição do Sindromo de Volkmann. Creio, que pódem ser reunidas nessa teoria.

Já se viu na concepção de LEVEUF ser essa predisposição de natureza "espasmofílica", frequente na criança, si bem que a espasmofilia seja compreendida na pediatria com outra significação. Mas, esse autor quer, com êsse têrmo, salientar a natureza dos fenômenos que colimam no espasmo vascular, origem das lesões subsequentes.

PUTTI, achando que a Moléstia de Volkmann póde localizar-se tanto no membro superior como no inferior, aponta diversos fatores como capazes de a fazer aparecer: aparêlho imobilizador, manobra de redução da fratura, hematoma subcutâneo compressor, etc.. Entretanto, PUTTI declara que para a sua produção pódem contribuir fatores individuais, e dá á *labilidade vasal* um papel importante na etiopatogenia da Moléstia de Volkmann.

Como se vê, LEVEUF e PUTTI não se contentam mais com as causas comumente apontadas, e vão procurar numa predisposição individual (espasmofilia — labilidade vasal) o primum movens de toda a série de perturbações, que acabarão na formação da deformidade da mão em garra de Volkmann.

BIBLIOGRAFIA

1 — *Die Ischaemischen Muskellämungen und Kontrakturen.* — Richard VOLKMANN — (Zentralblatt für Chirurgie, 24 Dezember 1881) in Journal International de Cihrurgie, tome III, n.º 2. 77-79.

2 — *La Enfermedad de Volkmann Experimental.* — Clivio V. Nario Journ. Int. de Chir. tome III, n.º 2, 87-128.

3 — *La Paralysie de Volkmann est un infarctus de la loge antérieure de l'avant-bras intéressant à la fois les muscles, les nerfs et le tissu cellulaire.* — L. Tavernier — Journ. Int. de Chir. tome III, n.º 2, 129-147.

.4.—.*Ueber die Ischämische Kontraktur am Arm.* — Prof. Dr. Kappis (Würzburg). — Journ. Int. de Chir. tome III, n.º 2, 149-188.

5 — *Documents Experimentaux sur les Gangrènes Musculaires Aseptiques.* — (Contribution à l'anatomie pathologique de la Paralysie de Volkmann) — P. Wertheimer et Ph. Frieh — Journ. Int. de Chir. tome III, n.º 2, 219-235.

6 — *Considerazioni Sulla Deformitá di Volkmann.* — V. Putti — *Journ. Int. de Chir. tome III, n.º 2, 189-218.*

7 — *A Propos du Méchanisme et de la Thérapeutique de la Maladie de Volkmann.* — René Leriche — Journ. Int. de Chirurgie, tome II, n.º 2, 81-86.

8 — *Contribution à l'étude de la Pathogénie de la Maladie de Volkmann.* — Mutel et Durand — Revue d'Orthopédie, tome XXI, n.º 5, 1934, 510-517.

9 — *La Sympathectomie Péri-Artérielle Dans le Syndrome de Volkmann du Membre Inférieur et ses Bases Anatomiques* — R. Dieulafé — Rev. d'Orthop. tome XXII, 1935, 18-25.

10 — *La Maladie de Volkmann.* — Rapports à la Soc. Fr. d'Ort in Rev. d'Orthop. tome XXII, 1935, 385-483.

11 — *La Maladie de Volkmann.* — Discussion — La part du traitement dans l'étiologie de la paralysie ischémique — Froelich, Leveuf, Billet, Lasserre, Lucien Michel, Lance, Fèvre et Bertrand, Mutel Roederer e Récamier, Walthard et Perrot, Tavernier, Lombard. Rocher, Pouzet. — Rev. d'Orthop. tome XXII, 1935, 695-734.

12 — *Le Syndrome de Volkmann* — J. Leveuf — Rev. d'Orthop. tome XXIII, 1936, 5-32.

13 — *Sur un cas de Syndrome de Volkmann du membre inférieur gauche.* — Guyot, Villar, Chavanaz, et Corriades, — Journ. de méd. de Bordeaux, 20 set.º 1935, 689.

14 — *Retração Isquémica.* — A. Steindler — Surgery, Gynecology and Obsterics, vol. 62, 15 fev.º 1936, 358-364.

15 — *A propos du Syndrome de Volkmann.* — J. Sénèque — Mem. d'Acad. de Chir. t. LXII, n.º 13, 550.

16 — *Syndrome de Volkmann traité par l'artériectomie précoce.* — Perrot — Mém. de l'Acad. Chir. t. LXII, n.º 13, 517.

17 — *Syndrome de Volkmann typique.* — Folliasson — resumo in Rev. d'Orthop. tome XXIV, 1937, 182.

18 — *Les lésions initiales dans la Paralysie de Volkmann.* — Tavernier et Dechaume — resumo in Rev. d'Orthop. tome XXIV, 1937 281.

19 — *Syndrome de Volkmann d'origine nerveuse et anesthésie du ganglion étoilé.* — Magendie — resumo in Rev. d'Orthop. tome XXIV, 1937, 702.

20 — *A propos de la Paralysie de Volkmann. Sa lésion élémentaire.* — Tevernier et Dechaume — Rev. d'Orthop. tome XXV, 1938, 97-109.

21 — *Traitément préventif du Syndrome de Volkmann* — Sorrel — resumo in Rev. d'Orthop. tome XXV, 1938, 73.

22 — *Evolution d'un cas typique de Syndrome de Volkmann.* — J. Leveuf — resumo in Rev. d'Orthop. tome XXV, 1938, 73.

23 — *Volkmann's Contracture.* — Stephen G. Jones — The Journal of Bone and Joint Surgery, vol. XVII, 1935, 649-655.

24 — *Ischaemic Paralysis from Pressure of Hematoma.* — Gordon Mackay Morrison, — J. of Bone and Joint Surgery. vol. XVIII, 1935, 656-658.

25 — *Ischaemic Paralysis of Leg Simulating Volkmann's Contracture.* — Stephen G. Jones — The Journal of Bone and Joint Surgery, vol. XVII, 1935, 659-660.

26 — *Sindromo de Volkmann por lesão da arteria cubital; aponevrotonia precoce; ligadura da art.; cura* — Achilles de Araujo — Revista Brasileira de Cirurgia, ano VI, n.º 12, Dez.º 1937 — pg. 535-540.

Casa Lohner S. A.

Representantes da fabrica

Siemens-Reiniger-Werke A. G. — Berlin

Apparelhos de electricidade medica.
Diatermia, Ondas ultracurtas, Ultravioleta.
Installações Raios X.
Material cirurgico, salas de operações, apparelhos para esterilisação.
Installações completas para Hospitaes.
Artigos para Laboratorios.

FILIAL PORTO ALEGRE

Caixa postal 839 — Rua Dr. Flores 216 — Telegrammas: RENOL
Phone 4448

Vida Universitaria

Homenagem ao Professor Christiano Fischer

Os alunos da segunda série de 1937 prestaram uma comovente homenagem ao professor Cristiano Fischer pelo seu afastamento da cadeira de química, em virtude de aposentadoria. Constou ela na erecção de um quadro a óleo feito por eximio artista desta capital, na sala em que o Prof. Cristiano Fischer costumava fazer as suas preleções.

Presentes o diretor da Faculdade, varios catedráticos, livredocentes e muitos estudantes, o diretor da Faculdade tomou a palavra e disse dos motivos daquela reunião festiva. Historiou a vida professoral do prof. Cristiano Fischer, fez os encomios mais justos á sua pessôa, terminando por estimular a mocidade no sentido de imitar as qualidades e virtudes praticadas pelo velho mestre. Em seguida levantou-se o dr. Mario Bernd, que proferiu um discurso, cuja integra damos abaixo. O professor Cristiano Fischer, que se achava acompanhado por pessoas de sua família, respondeu extremamente sensibilizado á manifestação que os estudantes lhe faziam e ás expressões dos oradores.

Falou com calor na dedicação que sempre votára ao engrandecimento da Escola. E si agora dela se afastava, éra por um imperativo de lei. As últimas palavras do insigne mestre foram cobertas por uma salva de palmas, tendo sido, outrossim, muito aplaudidos os discursos já mencionados. A seguir os estudantes convidaram os presentes a passarem para um salão lateral e contiguo, onde foram servidos frios, doces e champanha.

Passaram-se várias horas de animada palestra entre os estudantes e o mestre querido, tendo aqueles por várias vezes erguido brindes e vivas á pessôa eminente de Cristiano Fischer, acompanhando-o após até sua residência.

DISCURSO DO DR. MARIO BERND

Excelso Professor Cristiano Fischer!

Não devêra a modestia minha pretender bosquejar sequer a altissima significação deste áto sublime.

Como iria, porém, resistir a estes
Moços que sois as peregrinas flôres
Dêste deserto lácrimoso e rudo
Donde banís os tetricos horrores
Pondo um sorriso côr de rosa em tudo!

Moços! que tendes na alma os horizontes
Da bela aurora boreal da vida

Argonautas do ideal que levais o branco pensamento fito
no eterno velocino do infinito,
que tendes na alma a razão que vos persuade
e Deus a vos sorrir na Eternidade!

A mocidade é o genio coletivo, a clarividência dos predestinados, porque vibra pelas cousas alevantadas.

Professor Fischer!

Quasi estou a cantar com Melibeu ao se dirigir a Titiro: "Fortunate senex!" "O terque quaterque beate!" — Afortunado ancião! Três e quatro vezes feliz!

A mocidade vai a seu encontro mancheias das rosas do Helicão, das fôlhas de louro e do carvalho imortal. Si a juventude se acha bem a seu lado é porque sintoniza com seus sentimentos de entusiasmo jovem, com as loucanias de seu espírito moço, com os ideais de sua formosa vida iluminada sempre pela estrêla dalva do bem e da verdade!

A sua personalidade neste particular, Professor Fischer, faz-me lembrar a a figura empolgante de Dieulafoy, o sábio de cabelos de neve e coração vulcânico, pelo arroubo, pelo viço, pela pujança de sua vivacidade que sente, vibra e freme com os seus próprios alunos.

Quando eu tive o prazer de lhe ouvir as preleções, comentava com o meu condiscípulo e amigo Raul Bitencourt a impressão de suas aulas.

Sem querer desfazer nos outros catedráticos, sentiamos que o Snr. se apaixonava pela química, porque a percebia profundamente.

E daí aquele ésto, aquele entusiasmo contagiante que instilava em nossa conciência.

Já de outra feita externára-me sôbre solenidades como esta, frizando ser, em tése, contrário a homenagens de ordem permanente, dada a versatilidade do coração humano.

Porém, quando uma vida toda é um poema heróico, uma estatua que a pouco e pouco vai aparecendo gloriosa sob o cinzel de uma inteligência de escol e sob o escopro de uma vontade invejável, nós diriamos: Professor Fischer, o bronze pleiteia a posse de seus traços, a Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre anseia simbolizá-lo imperecìvelmente com admiração incontida e como um fanal inextinguível para todas as gerações!

A mocidade tem o dom divinatório em suas atitudes. Os seus moveis espirituais calcam-se sempre na justiça.

Demais, todos os moços que passaram e passam por esta Escola convenceram-se de que entre o Snr. e êles não medeava um abismo, mas ao contrário os liames da amizade mais desinteressada, sem que o respeito devido á catedra sofresse o menor detrimento. Essa camaradagem sã, traduzia, por um lado, a segurança de seus conhecimentos e, por outro, a perene exuberância de seu espírito, vista como irmã gemea ou reflexo dessa primavéra azul que são os estudantes.

Recordo-me comovido, querido mestre, como me amparou nessa quadra ditosa da vida. Nem era academico. Nem o Snr. me conhecia.

Nada possuia nem havia que me ligasse com o Snr. No entanto, sem visar qualquer lucro, os beneficios que me prestou, pelo empenho, pelo esforço, pela preocupação revelados, só um pai os faz para um filho.

Conseguida minha penetração na Faculdade, apesar-de importuná-lo sempre com perguntas, jámais perdeu a paciência, ministrando-me livros, revistas etc. que satisfaziam minha curiosidade científica. E a sua benevolência chegou ao auge, quando quis coroar minha aplicação com nota distinta no exame final de química fisiológica, a única que houve nesse ano.

Fazia-me ao depois sugestões científicas. E de fato cheguei a realizar experiências "in anima vili" sob sua orientação. E si elas foram contestadas pretensamente, pude por outro lado reduzir o impertinente ao mutismo esfacelar, estribado como estava nos argumentos copiosos e indestrutíveis do mestre insigne.

Como disse, esta maneira fidalga de me tratar do nosso homenageado, não era personalística, era supramaterial, porque nenhuma credencial havia que o levasse a proceder destarte. Via em mim um estudante desvalido que desejo imenso tinha de aprender.

Isso que o Snr. fez por mim, o teria feito por outro qualquer. E que quantidade infinda de médicos e outros seus antigos discípulos não estão usufruindo os favores longinquos de sua mão dadivosa e discreta, os lampejos de seus conselhos ressucitantes no carreiro cada vez mais ingreme e pedregulhoso da vida estudantil?!

A dedicação pela ciência, pela sua especialidade atinge as raias de um rito. Não há livro moderno de bioquímica que lhe seja desconhecido. Ao par das novidades, sabe ao mesmo tempo separar o joio do trigo, justificando a sua opinião em motivos claros e precisos.

E esta Faculdade que hoje se eleva alterosa com o seu cimo já entre as nuvens de incenso da fama nacional e estrangeira, encontrou no Snr. a sua pedra angular.

E dessa pedra angular parece que jorra sem cessar uma fonte de castalia. Como é que daquele grãozinho de mostarda surgiu este baobá frondoso e gigantesco?

— Porque encontrou um solo feracissimo, um terreno uberrimo amanhado dia por dia, hora por hora, com a agua da renúncia e o alvião do sacrifício incomensurado de seu protetor.

E si evocarmos neste momento aqueles companheiros de cruzada, não podemos silenciar o nome de Sarmento Leite que muita vez me falou de seu desprendimento sem limites e voluntariamente escondido pelo Snr., caro mestre!

Mas onde ir buscar explicação para tanta constância em bem servir aos mais altos ideais?

Não precisamos ir muito longe. O Snr. mesmo faz questão em dizê-lo. São suas convicções filosóficas. E' a sua fé esclarecida e inquebrantável como a de um Ampère, de um Dupuytren, de um Pasteur, de um Miguel Couto...

Lembro-me neste momento do trespasse doloroso de seu caçula, há uns anos. Êle bem podia estar agora no doce enlevo de seu carinho

e do nosso afeto, mas está em nossa grande saúdade. Quais foram as suas palavras nesse transe angustiosissimo?

Foram dignas do Snr! Dessas almas de rija tempera que contemplam o mundo desde os horizontes infinitos da Eternidade:

"Com a perda de meu filho tratei de mais e mais me aproximar de Deus, desprezando tudo o que me podia ainda impedir uma união mais íntima com Êle.

Venturosa família que mereceu chefe tão magnânimo!

Estereótipo do estudo e da ciência, da pesquisa e do ensino, da dedicação e da renúncia, da luta e da vitória, constitue a sua efigie nesta casa, caro mestre, um signo de incitamento para o engrandecer de nós mesmos, da Faculdade, do Rio Grande e da Pátria!

Para a tosse e suas funestas consequencias, azar sómente

Peitoral de Angico Pelotense

E' tiro e queda.

Deposito: Laboratorio Peitoral de Angico Pelotense, Pelotas

Secção de Cirurgia

Atas

ÁTA DA SESSÃO NO DIA 20 DE MAIO DE 1938

Sob a presidencia do Prof. Dr. Eliseu Paglioli, secretariada pelos Drs. José Eboli e Luiz Vieira, realizou-se a sessão da Sociedade de Cirurgia.

Presentes grande numero de socios o Sr. Presidente deu por aberta a sessão. Lida a áta da sessão anterior, foi aprovada sem sofrer emendas.

Logo após foram lidos dois telegramas, que o Sr. Presidente enviou em nome da Sociedade.

O primeiro dirigido ao Sr. Getulio Vargas, tomando atitude solidaria, contra a ultima tentativa integralista.

O segundo, tendo a mesma finalidade, dirigido ao Sr. Interventor Federal neste Estado, Sr. Cel. Cordeiro de Farias.

Leu-se tambem, um telegrama recebido da Comissão encarregada de organizar a Ordem dos Medicos, pedindo o parecer da nossa Sociedade.

O Sr. Presidente esclarece, dizendo que o Sindicato Medico desta Capital, já organizou uma sessão para dar o parecer pedido pela Comissão encarregada de organizar a Ordem dos Medicos, na qual ele tomou parte nos trabalhos que estão sendo levados a efeito.

Passando a ordem do dia, foi dada a palavra ao orador inscrito, Dr. E. J. Kanan, que leu o trabalho intitulado: "Osteocondroses de crescimento", do qual passamos a relatar o resumo:

"As osteocondroses de crescimento constituem um capitulo recente, porém importante, da patologia óssea que vem crescendo á novos e melhores conhecimentos sobre o assunto.

Sob essa denominação se acham espalhadas desordenadamente diversas afecções ósseas, conhecidas por varias designações, fruto da ignorancia e falta de ordem na materia, mas que vem sendo sanada ultimamente esta desordem por uma melhor compreensão cientifica desta entidade mórbida. Tais são: epifiste e osteocondrite vertebral, osteocondrite deformante juvenil da anca, escafoidote tarsica, osteocondrite da cabeça do segundo metatarsico, apofisite tibial anterior, apofisite substituida, segundo Salvati, pela osteocondrose seguida da localização ossea, p. e.: osteocondrose da epifise vertebral, ost. do corpo vertebral, ost. da epifise superior do femur, etc.

A osteocondrose de crescimento é uma afecção ossea do periodo de

crescimento iniciando-se ao nivel dos nucleos primitivos ou secundarios da ossificação. Todas as localidades osseas são possiveis.

Um fato está perfeitamente determinado; é, de: ésta doença caraterizada anatomo-patologicamente por uma necrose aseptica, determinando consequentemente uma destruição das trabeculas osseas com uma nitida deformação da zona atingida. Em torno deste achado histo-patologico é que deve ser procurado o mecanismo patogenico. Varias são as teorias que se propõe explicar a formação desta afecção ossea:

a) Teoria embolica; b) teoria traumatica; c) teoria infecciosa; d) teoria nervosa e vasculo-nervosa; e) teoria endocrina; f) teoria discondoplasina; g) outras teorias: raquitismo, vicios congenitos do nucleo de ossificação, avitaminoses, predisposição hereditaria.

A' todas assiste uma parcela de verdade, e nenhum explica isoladamente o mecanismo patogenico desta afecção. O traumatismo agindo como causa determinante provoca um infarto anemico, num terreno preparado por fatores predisponentes, que criam direta ou indiretamente um deficit nutritivo ou de crescimento, e assim permitindo a eclosão da osteocondrose. Esta é uma das teorias aventadas por Salvati, que apresenta uma farta documentação nesse sentido, quer de natureza clinica, quer de ordem experimental.

A sintomatologia é escassa e caminha rapidamente para a cura, muitas vezes. A radiografia é tudo para a sua evidenciação. Do diagnostico depende muitas vezes, uma util orientação terapeutica, afim de ser evitadas sequelas tardias que poderão posteriormente incomodar o paciente. É o que acontece, p. e. ao nivel da ança onde a osteocondrose póde ser confundida com a coxite tuberculosa, e si não fôr instituido um tratamento adequado, uma artrite deformante poderá surgir mais tarde com grave prejuizo para a função do membro. O mesmo se poderá dizer, mutatis mutandis, com a osteocondrose do corpo vertebral, em que a confusão com o mal de Pott é possivel.

O tratamento é variavel conforme a localização em aparelho gessado, até a intervenção cirurgica. Concomitantemente, calcio, vitaminas e produtos glandulares, helioterapia, etc.

A osteicondrose de crescimento não é uma afecção rara. Passa despercebida ou pela insuficiencia dos nossos conhecimentos, ou porque se prescindiu do concurso da radiologia.

Foram projetadas diversas radiografias dum caso de observação pessoal da clinica do autor.

Ao terminar foi o orador muito aplaudido.

Posto em discussão o trabalho do Dr. Kanan, fez uso da palavra o Dr. Eliseu Paglioli, que ressaltou a alta importancia do assunto, que é desconhecido no nosso meio e finalizando acrescenta, que são moços como o Dr. Kanan que servem de baluarte ao progresso de nossa Sociedade; agradeceu em nome de todos e espera que o orador volte as sessões repetindo o gesto desta sessão.

Passando a palavra, o prof. Fleck se compromete entregar para a proxima reunião um resumo de observações pessoais documentadas, lem-

brando o nome de "Tentativa de uma nova indicação de enervação renal."

O Dr. Eliseu, assim como o Dr. Kanan, prometeram trazer tambem umas observações pessoais.

Logo após, ficou resolvido que o Sr. Secretario faria uma comunicação ao prof. Martim Gomes, dizendo que tinha sido designado para falar na proxima reunião. Passada a palavra ao Dr. Dorneles, este declara a casa que trará na proxima reunião um trabalho denominado, "Anomalia genital".

Foi deliberado que o Secretario avisaria por intermedio da imprensa leiga, os assuntos a serem tratados nas reuniões.

Não havendo mais nada a tratar, o Sr. Presidente deu por encerrada a sessão.

Porto Alegre, 20. 5. 938

Dr. *Luiz Vieira*
2.º secretario.

ÁTA DA SESSÃO REALIZADA NO DIA 2 de JUNHO DE 1938

Presidente: Eliseu Paglioli. Secretarios: José Eboli e Luiz Vieira.

Presentes os socios: Prof. Nogueira Flôres, Argemiro Dorneles, Luiz Sarmento Barata, Lupi Duarte, Batista Hofmeister, Saul Ciula, Adair Eiras de Araujo, Eliseu Paglioli, José Eboli, Galanternick, Dinarte Silveira Martins e Luiz Vieira.

Lida a áta da sessão anterior, foi aprovada sem sofrer emendas.

No expediente foram lidos dois telegramas. Um enviado pelo Dr. Luiz Vergara, em nome do Presidente da Republica, agradecendo o gesto de solidariedade desta entidade. Outro pelo Sr. Cel. Cordeiro de Farias, Interventor Federal neste Estado, que agradece o telegrama enviado por esta Sociedade.

Tomando a palavra o Sr. Presidente, transmite á casa o convite recebido da parte do Reitor da Universidade para assistir as conferencias do Prof. A. Fanfani, na Faculdade de Direito da Universidade de Porto Alegre.

Passando á ordem do dia, deu a palavra ao orador inscrito Dr. Argemiro Dorneles que dissertou sobre o tema "Terapeutica da injeção peritoneal".

O orador objetivou o assunto, por meio de demonstrações documentadas, mostrando os bons resultados obtidos com o metodo que empregou.

Terminada a dissertação fez uso da palavra o Dr. Eiras de Araujo que elogiou os resultados obtidos e agradeceu os ensinamentos que o Dr. Dorneles trouxe a sessão.

Com a palavra o Dr. Eliseu Paglioli comenta a maneira de agir dos sôros hipertonicos de flogose e por fim dá os parabens ao Dr. Dorneles e agradece em nome da Sociedade.

Em seguida passou a presidencia ao Prof. Nogueira Flôres e fez

uma comunicação de um caso de observação pessoal documentada: "Osteomielite do maxilar inferior post-tifica".

Ainda com a palavra o Dr. Eliseu lembra os casos de parotidites agudas, em que teve ocasião de presenciar, nos casos e fibromas uterinos operados.

Tomando a palavra o Dr. Dorneles, lembra um caso de parotidite aguda em consequencia de uma laparatomia.

Logo após passando ao resumo de revistas fez uso da palavra o Dr. Eiras de Araujo que leu os seguintes resumos:

"O Fenomeno de Arthus com o Catgut, causa não pensada da aderencia post-operatoria". — Trabalho de Oscar Gilson e André Gratia; Journal de Chirurgie, t. 51, Nº 1, janeiro 1938, pag. 43.

Outro resumo intitulado: "As relações entre a sensibilidade ao Catgut e a Cicatrização das feridas operatorias", — por Cornelius Kraisse, Beatine Kester, J. Grier Cimiotti: — Revista de Ginecology and Obstetrics, vol. 66, março 1938, prg. 628.

A originalidade dos resumos do Dr. Adair Eiras de Araujo, empolgou os ouvintes e ao terminar foi muito aplaudido.

O Sr. Presidente terminando agradece ao Dr. Adair, e não havendo quem quizesse fazer uso da palavra dá por encerrada a sessão.

Porto Alegre, 2 de junho de 1938

Dr. *Luiz Vieira*
2.º secretario

Evolução Historica da Vitamina F

Uma interessante e importante dissertação por Augusto J. Pacini, Ph. D., Minneapolis, U. S. A.

Parte II

Usos medicinais internos e externos da Vitamina F desde 2000 A. C. a 50 D. C.

O Linho parece ter sido cultivado no tempo de Moisés, ou mais ou menos no ano 2000 A. C., como está mencionado no Exodo, IX, 5-31.

Os primeiros médicos gregos, como Alcman, que viveu aproximadamente no ano 700 A. C., referiam-se frequentemente ao Linum e mencionavam que os povos mais antigos faziam uso de sua semente, tanto interna como externamente. Devido á sua grande importancia industrial e medicinal, a planta do linho tornou-se conhecida pelo nome que ainda tem, de "linum usitatissimum", ou "linho extremamente util". E' difícil arranjarem-se provas autênticas dos usos medicinais de sementes de linho ou linhaça, antes do princípio da éra cristã. Sabe-se sómente que a planta era usada medicinalmente e tambem como alimento. O oleo tirado da semente ainda é hoje utilizado como alimento, em certos paizes, como, por exemplo, na Polonia, em diversas partes da Russia e em outros lugares.

Pedanios Dioscorides, que viveu aproximadamente no ano 50 de nossa éra e que é mais conhecido pela sua "Materia Medica", a qual continuou popular durante a Idade Média, dá-nos detalhes sobre as propriedades medicinais de 600 plantas, aproximadamente, e nos descreve produtos animais de valôr dietetico e medicinal. Parece, segundo esta "Materia Medica", que os usos medicinais do Linum estavam perfeitamente bem estabelecidos no tempo de Dioscorides, e que muitas das suas carateristicas virtudes medicinais já eram reconhecidas. Assim, Dioscorides dizia que queimaduras podiam ser curadas com linhaça; que a linhaça era bôa para perturbações de pele; que excitava o instinto sexual; que era bôa para unhas escabrosas; que era bôa para a tes; e que aliviava as dôres do parto. Todas estas qualidades são hoje atribuidas á Vitamina F, segundo recentes experiencias feitas em laboratorios, inclusive a excitação sexual, si isto fôr entendido como indicando um estimulo desse instinto, como o referem Evans e seus colaboradores.

Usos medicinais internos e externos da Vitamina F de 1500 a 1600 D. C.

São muito raros e difíceis de se obterem trabalhos sôbre este assunto, do tempo de Dioscorides até o ano de 1500 de nossa éra, mas de 1500

para cá ha muitas referencias ao uso medicinal interno e externo de oleo de semente de linho (oleo de linhaça). E' nos trabalhos dessa época e subsequentes anos que são coleccionadas as recomendações dos médicos, que viveram desde o começo da éra cristã até aquele tempo. Teremos oportunidade de verificar isto, á medida que formos estudando estas referencias.

Em "Hortus Sanitatis" (1521) afirma-se que sómente as sementes eram usadas em medicina; que Galeno insistia a que fossem usadas sementes frescas, sendo que as de má qualidade causavam disturbios ou não tinham efeito; que Serapio descobriu que a linhaça excitava a micção; que Master Paulus constatou o valor da linhaça, que, ele dizia, era "bôa para resfriados e nariz dolorido, e util tambem para espirros". Master Paulus salientou particularmente o fato de que "facilitava a maternidade".

O "Herbarum" de Brunf, 1532, cita sentenças curtas de Dioscorides, Serapio e Galeno, e, curiosamente, sugere um novo uso que ele atribue ás observações de Serapio; que o Linum expele o feto e a bolsa das aguas.

Em "Hortus Sanitatis" (1538) recomenda-se a linhaça como util no tratamento da erisipela e, reduzida a pó, era recomendada para o cancer. Mais uma vez, o trabalho de Serapio, Galeno e Dioscorides é citado, e salientado particularmente o valor de linhaça para doenças das unhas, para o rosto, para erupções da pele e para tosses, e "sufocações". E' interessante observar a associação do emprego de linhaça com tosses, espirros, dispnéa e sintomas que podem, muito bem, representar o equivalente da febre de feno.

O "Botanicum" de Dorsten apareceu em Frankfort em 1540 e, de um modo mais ou menos completo, esboçou os usos medicinais de linhaça, tanto interna como externamente. A linhaça excita e aumenta as irritações e provoca a menstruação. E' bôa para males nasais, catarro, sufocações e dores na garganta. Faz com que os furunculos saiam a furo. Cura queimaduras. Internamente, aplaca inflamações, estimula o instinto sexual e é útil para toda moléstia das mulheres, combatendo venenos. Externamente, unhas doentes e quebradiças tornam-se flexiveis quando tratadas com linhaça e mel.

O gênero "Fuchsia" é assim chamado em virtude do nome Leonard Fuchs, que durante o seu professorado de medicina em Tubingen, publicou a sua obra prima, um herbario intitulado "De Historia Stirpium". Fuchs refere-se ás palavras de Dioscorides, que comparou o efeito do linho ao de "Grek Hay" (feno grego). Atenua as molestias da pele. Cura a erisipela e melhora as doenças do rosto. E' bom para unhas resecadas. Alivia tosses. Estimula o instinto sexual. Fuchs tambem faz referencia a Pliny como tendo sugerido o uso de linhaça para a beleza do rosto, para a inflamação dos olhos e para a lacrimação, em resfriados. Erupções desfigurantes e unhas resecadas são atenuadas pela linhaça, especialmente quando misturada com mel. Diminui a virulência das gangrenas. Observe-se particularmente o uso de linhaça para a lacrimação dos olhos durante os resfriados, o que de novo sugere o seu possivel valor nos casos de febre de feno.

Matthiolus, no seu "Neu Kreutes Buch", publicado em Praga em 1563, salienta o valor da linhaça no tratamento de resfriados e tosses, sendo de opinião tambem que uma mistura de linhaça com resina é de grande efeito na cura de tuberculose. Salientava igualmente o seu valor nas queimaduras, no auxílio do trabalho de parto, e tambem quando misturada com petalas de rosas, na atenuação de febres. Considerava, outrosim, a linhaça bôa para dôres no pleuris, ou para os casos de respiração difícil, servida como bebida quente, acrescentando que a mesma devia ser sempre preparada com sementes frescas, pois, de outra maneira, poderia causar desarranjos no estomago.

Dodoens escreveu diversos tratados de medicina, sendo um, o "New Herbal", completo. Este trabalho foi publicado em Londres em 1595, sendo uma tradução do original publicada em Antuerpia. Nessa obra Dodoens prescreve uma mistura de linhaça com mastruço que "colocada sob unhas quebradiças e doentes, das mãos ou dos pés, provoca a queda das doentes e melhora a condição das demais. Aplicada ao rosto, limpa-o, fazendo desaparecer todas as manchas; alivia a tosse e é excelente para tuberculose e febre hectica".

Lonicerum, em 1598, nada achou mais que acrescentar aos usos de linhaça além dos já citados pelos farmacologistas anteriores, mas não deixou de insistir sôbre o seu valor nos casos de espirros, em ajudar a maternidade, na cura de queimaduras, na sua eficácia no tratamento do rosto para eliminar erupções, assim como para a cura do cancer e "para muitas dificuldades mórbidas". O uso de linhaça no cancer já foi sugerido ha muitos séculos.

Usos medicinais internos e externos de Vitamina F desde 1600 a 1700 D. C.

O primeiro catalogo completo dos usos medicinais de linhaça aparece no "Garden of Health" publicado em Londres em 1633 (segunda edição) por Langham. Uma grande variedade de sintomas é mencionada, para a qual a linhaça era considerada remédio. Foram dadas por Langham 64 indicações para o uso de linhaça. Muitas dessas são duplicações de algumas já mencionadas, mas algumas são citadas pela primeira vez. Assim ele afirma que 2 ou 3 onças de oleo de linhaça podem ser tomadas com agua, para a cura do pleuriz, com o cuidado de que o oleo *deva ser fresco.*

Segundo Langham, todas as manchas e deformidades da pele são corrigidas, com o tratamento pela linhaça. Misturada com oleo de oliva e aplicada ao couro cabeludo, ela não só paralisa a quéda do cabelo, como provoca o seu crescimento; corrige as doenças das unhas, etc. Langham parece ser o primeiro a associar a cura dos males do couro cabeludo com a vitamina F do oleo de linhaça. Lembre-se de que a quéda do cabelo é um dos sintomas clássicos do sindroma Burr de deficiencia de gordura, que póde ser evitado e curado nos animais com o uso interno de Vitamina F, e que Shepherd tem evitado e corrigido esta anomalia no animal e em sêres humanos, pela aplicação externa de Vitamina F.

"A Complete Herbal" de Lovell apareceu em Oxford em 1665. Pas-

sa em revista muitos dos usos já mencionados da linhaça, sómente insistindo na sua eficácia em eliminar manchas da pele, quando aplicada externamente com mel.

"Krveter Buch", de Theodori, publicado em Basel em 1667, revela quasi todos os usos da linhaça e insinua que é bôa para calculos e lumbago; que faz sararem as queimaduras; que ajuda nos casos de veias varicosas. O oleo é especialmente bom para pleuriz e para respiração difícil. Theodori recomenda especialmente que se use oleo fresco. Irritações no nariz e espirros são quasi instantaneamente corrigidos pela introdução de oleo de linhaça nas narinas, conforme Theodori. Unhas quebradiças, quando untadas com o oleo de linhaça e mel tornam-se macias e flexiveis.

Em 1695, foi publicado em Londres um trabalho de Westmacot, o "Scriptural Herbal", no qual se menciona a linhaça como poderosa em casos de ictericia. Provavelmente esta menção não foi feita sem motivo, uma vez que os ácidos gordurosos são, aparentemente, insaturados no fígado.

Swingerum, 1696, estuda tambem o valor do oleo de linhaça no seu "Botanicum Theatrum" e se refere a Gesner, o qual não escondeu o seu entusiasmo sôbre as propriedades desse oleo na cura de males do peito, estabelecendo o uso de 6 meias onças (3 onças) para cada dose, e dizendo ser "tão máu o seu gosto quão bom o seu efeito". E' excepcionalmente extranho que essa dosagem — tres onças — de oleo de linhaça seja exatamente a usada por alguns pesquizadores no Instituto Rockefeller, que, seguindo a sugestão de Hansen, empregam o oleo de linhaça, com sucesso, no tratamento do eczema. Swingerum previne que o oleo deve ser fresco, porque, de outro modo, póde produzir reacções indesejaveis. No caso de pele escamosa, era reputada como ótima para fazer caírem as escamas em alguns dias, a aplicação local de um pano embebido em oleo de linhaça, no qual se espalhassem cristais de ácido tartárico.

Usos medicinais internos e externos de Vitamina F desde 1700 a 1800 D. C.

Manget, em 1703, publicou o seu "Thesaurus of Materia Medica". Do oleo de linhaça, escreveu Manget, que é bom para a má aparência da tês, alivia a tensão nervosa, é bom para angina, pleuriz, tuberculose, cólica e pneumonia.

Si o pleuriz seroso refere-se á infecção tuberculosa, e a pneumonia á infecção lobar, parece que Manget louvou as propriedades de toxificantes dos insaturados contra o bacilo da tuberculose e pneumococcus, como os insaturados contidos no oleo de linhaça.

Paris editou o seu "Dictionnaire Botanique et Pharmaceutique" em 1738, e mais ou menos completamente referiu-se aos usos de oleo de linhaça. E' engulido com sucesso no pleuriz e cólica, sendo a dose de 2 a 3 onças. Dado em doses muito grandes, algumas onças, é muito bom, segundo Boyle, para quebrar os empiemas que seguem ao pleuriz. Batido com agua de cal, o oleo de linhaça forma uma especie de linimento

que é um excelente remedio externo para queimaduras. Internamente, o oleo de linhaça é um remédio sem par para tosses, peripneumonia, tísica e outras afecções do peito. E' inestimavel no tratamento de erupções da pele.

"Formules Medicinales" de Gorter, Amsterdam, 1755, pôz em fase especial sôbre o uso de oleo de linhaça para erupções e recomendou que fosse misturado com gema de ovo e esfregado no peito. Gema de ovo é uma fonte rica de lecitina, e, como Shepherd mostrou, a pele contem uma bôa quantidade de lecitina. A recomendação de Shepherd, como a de Weinstein e Glennon, que uma base apropriada de unguento deve incluir uma mistura própria de lanolina por causa de seu colesterol, lecitina e Vitamina F, é, aparentemente, mais ou menos prognosticada pelo unguento (ou emplastro) de Reuss, feito de oleo de linhaça e gema de ovo, em 1756.

"Materia Medica" de Bergius, Stockholmo, 1778, acrescenta muito pouco de novo aos empregos da linhaça, mas põe enfase sôbre o seu valor do pleuriz.

Em 1780, a "Medical Botany" de Woodville apareceu em Londres. Nesta botanica o oleo mencionado, que naquele tempo era uma preparação oficial, é acreditado como sendo mais curador e balsamico em natureza de que outros oleos de sua classe, por cujo motivo é empregado geralmente em males do pulmão.

Moench (Marburg, 1795) recomendou porções iguais de oleo de linhaça, mel e maná, no tratamento de cólica de rins. Misturado com mel e petalas de rosas, a linhaça foi receitada para o tratamento de irritações da boca, de crianças.

Usos medicinais internos e externos da Vitamina F desde 1800 a 1900 D. C.

O "Edinburgh Dispensatory" em 1805, alistou oficialmente o oleo de linhaça e quasi sumariamente retirou-o sem qualquer consideração séria, referindo-se a ele como um dos oleos fixos mais baratos, geralmente rançoso, nauseabundo, e impróprio para uso interno. O oleo de fígado de bacalháu tem sido muitas vezes semelhantemente condenado.

Sir John Hill, em 1812, recomendou rigorosamente o oleo de linhaça em casos de pleuriz e "peripneumonia", onde tem grande sucesso, como tambem no tratamento de areias e cálculos renais e epáticos.

"English Physician and Complete Herbal" de Culpeper, Londres, 1813, alista muitos empregos para linhaça, dos quais todos já tinham sido mencionados em muitos dos Tratados de Medicina que apareceram nos séculos anteriores. Aplicada ao rosto, limpava e tirava todas as manchas e sardas que ali havia. E' bom para quem está tuberculoso ou tem febres hecticas.

"Treatise of the Materia Medica and Therapeutics" de Eberle apareceu em Filadelfia em 1823, e atribuiu o uso de linhaça grandemente ás suas propriedades mucilaginosas. Seu valor em moléstias dos pulmões, intestinos e aparelho urinário é atribuido á sua propriedade mucilagino-

sa, embora tenha sido usada a infusão de sementes trituradas, que naturalmente continha oleo.

"System of Materia Medica and Pharmacy", de Murray, Nova York, 1828, considerou oleo de linhaça inferior em "pureza" ao oleo de oliva ou de amêndoa.

"Flora Medica" de Gallow e Wilson, Londres, 1829, citou o uso de forragem de linhaça para fazer o gado engordar, e recomendou linhaça em moléstias dos rins e particularmente durante os tratamentos com sublimado corrosivo. O oleo de linhaça e agua de cal foi aconselhado para queimaduras.

A segunda edição da Farmacopea dos Estados Unidos (1830) refere-se á linhaça, sugerindo que os seus usos médicos eram os de um calmante emoliente.

Lindly (1838) achou que duas dracmas de linhaça eram uteis em caso de reumatismo crônico. Com respeito a isto, é interessante anotar que um certo numero de "nutritionists" têm tomado oleo de linhaça para o tratamento de seu próprio "reumatismo" e falaram muito favoravelmente sôbre a melhora de sua artrite. Lindly põe emfase sôbre o valor de oleo e agua de cal como uma aplicação favorita para queimaduras.

"Pharmaceutische Botanik", de Geiger, Heidelberg, 1840, sugeriu a mistura de oleo de linhaça com ácido sulfúrico aromático, que, naquele tempo, era usado consideravelmente no tratamento de tuberculose. Os usos comuns da linhaça foram repetidos, especialmente os que tem relação com as suas propriedades calmantes.

Um trabalho extraordinariamente interessante apareceu em 1842, traduzido do arabe por Sontheimer. Usando das palavras de Paulus. menciona o valor do linho para o alivio de resfriados e como sendo útil em combater dôres. Usando das palavras de Galeno o linho é recomendado como sendo bom para a obstrução do nariz e resfriados. Segundo as palavras de Dioscorides, põe emfase novamente sôbre o valor externo do oleo de linhaça para queimaduras, para unhas escabrosas, para melhorar a tês, e eliminar manchas da pele. Diversos médicos arabes são citados como usando linhaça para males dos pulmões, para a tês, para expelir rapidamente o feto, para reduzir a hidropsia. Diz-se que Rhazes aconselhou o seu uso no caso da Praga Macedonia ou Bubão.

"Medical Botany" de Griffith, Filadelfia, 1847, discutiu substanciosamente os usos de linhaça, referindo-se especialmente á agua de cal e linimento de oleo de linhaça, para escaldamentos e queimaduras.

Sobernheim (1851), mencionou o valor de linhaça como antidoto para venenos, uma propriedade que é particularmente atribuivel á mucilagem, como foi discutido por Oncken em literatura médica contemporanea. O oleo é recomendado por Sobernhein para queimaduras, e para afecções da pele, sendo fornecidas muitas receitas em seu manual prático.

Pereira (1866) mencionou uma preparação oficial naquele tempo, contendo sementes de linhaça e azeite de oliveira, sendo o emplasto de linhaça assim preparado semelhante áquele recomendado na Farmacopea de Londres daquela éra. O seu valor foi louvado particularmente como sendo excelente, aplicado externamente ás superfícies inflamadas e supuradas. Quanto ao uso interno do oleo, Pereira indica que

diminuiu, mas que a sua aplicação externa, especialmente em casos de queimaduras e escaldamentos, e, quer sózinho, quer misturado com um volume igual de agua de cal, era excepcionalmente de grande valor.

"Therapeutics and Materia Medica" de Stille, 1868, discutiu o mérito da mistura do oleo e mucilagem, obtida por uma infusão de linhaça triturada, e referiu-se a essa mistura como sendo especialmente adaptada para muitas aplicações externas. Em particular, seu uso externo foi especialmente de valor em casos de erisipela, queimaduras, etc.

Comentando sôbre emplastos feitos de linhaça, Biddle, 1868, citou que a forragem do oleo que fica como um residuo depois de ter sido retirado grande parte do oleo, é, sem dúvida, inferior ao emplasto feito de sementes das quais não foi tirado o oleo.

"Pharmacopea of India" de Waring, 1868, alista a forragem de linho como de valor nas mucosas irritadas ou inflamação pulmonar, do aparelho genito-urinário, e outras membranas mucosas.

"Compend of Materia Medica and Therapeutics de Riley" repete a recomendação de que o oleo de linhaça seja usado em caso de queimaduras, especialmente queimaduras recentes.

Waldenburg (1873) repete um dos usos que aparecem frequentemente durante os três séculos anteriores, que era uma mistura de oleo de linhaça e gema de ovo tornada num unguento no tratamento de hemorroidas. Este é um emprego interessante, como os sabões preparados com os insaturados extraídos do oleo de fígado de bacalháu, e mais recentemente do oleo de linhaça, têm sido usados na cirurgia por meio de injeção para a redução esclerosante das Hemorroidas. Sabe-se que a lecitina favorece a entrada dos oleos pelas membranas das células, tanto quanto a colesterina favorece a entrada de agua. Não é impossivel que o unguento de Waldenburg usado durante muitos anos antes desse tempo tivesse tido sucesso, permitindo que os insaturados operassem tanto quanto agora pelo tratamento de injeções. Waldenburg põe emfase sôbre o valor do linimento de oleo de linhaça com agua de cal para queimaduras.

Phillips (1874), em sua "Materia Medica", recomenda a linhaça nas suas várias proporções, conforme foi mandado pela Farmacopea existente. Ele nada acrescenta aos empregos já indicados, mas acentúa que é ela uma aplicação favorita para queimaduras.

Artus (1876) passa em revista a historia do oleo de linhaça nas suas fases médicas, dizendo que as preparações de linhaça figuravam entre os remédios medicinais mais velhos, e foram empregadas pelos Gregos em grande escala ha muitos anos, bem como no seu tempo, para um grande número de condições patológicas. Artus não acrescenta nenhum novo uso aos muitos já mencionados.

Hager, 1878, depois de falar sôbre os usos da linhaça, já conhecidos, dá importancia maior ao seu valôr em casos de queimaduras e acrescenta que, para gente do campo, remédios preparados com linhaça são indispensaveis.

Mareschal (1878) achou que a linhaça não devia ser ignorada como um dos remédios capazes de aliviar a dôr nas hemorroidas, para a qual ele receitou um emplasto como segue:

"Ferver quatro ou cinco punhados de linhaça com banha de porco. No momento em que a unção se torne num verde lindo, acrescentar a gema dum ovo, e deixar a mistura esfriar."

Esta preparação anti-hemorroidária foi conservada secreta por um tempo extraordinariamente longo, mas após a publicação de sua fórmula, tornou-se excepcionalmente popular, e é mencionada por muitos médicos depois do tempo de Mareschal.

Sherwell (1878) publicou um comentário muito interessante mas curto sôbre a substituição do oleo de fígado de bacalháu por oleo de linhaça no tratamento de casos de molestias da pele, acompanhadas por marasmo. Em parte, Sherwell falou entusiasticamente sôbre o seu uso no pemfigo foliaceo, lichen plano, lichen rubro exudativo, psoriase, e em muitas desordens tísicas e diatésicas.

Segundo Sherwell, a substituição do oleo de fígado de bacalháu por oleo de linhaça nessas condições sempre trazia os resultados mais felizes. Deve-se notar que os ácidos gordurosos insaturados específicos e a vitamina F que evitam ou curam o sindroma Burr (deficiencia de gordura) não foram encontrados no oleo de fígado de bacalháu, por Burr e outros trabalhadores; e os unguentos de oleo de fígado de bacalháu, recentemente introduzidos novamente na terapeutica, tem o brilhante sucesso em eczema que têm os unguentos de oleo de linhaça. As observações de Sherwell em 1878 foram de grande interesse.

Colozzi, 1885, estudou minuciosamente a linhaça, e, depois de ter revisto muitos dos usos já mencionados, ele frizou dois pontos que merecem atenção imediata. O primeiro é o valor da linhaça nas nefrites, que agora assume uma nova significação, pela razão da relação definitiva que se sabe existir entre a deficiencia de Vitamina F e perturbação renal aguda. A segunda observação de Colozzi é a admoestação estrita de que, quando a linhaça fosse usada como emplasto, devia, sem dúvida alguma, ser preparada com sementes não privadas do seu oleo. Aqui novamente se observa claramente o valor do oleo. Um outro comentário interessante é a referencia tirada por Colozzi a médicos inglêses, franceses e italianos que relataram ter tido grande sucesso no uso de oleo de linhaça, para o tratamento de vermes intestinais de crianças. O oleo deve ser rigorosamente fresco e a dose sugerida foi de 32 a 120 grãos por dia.

"Synopsis of the Medical Botany of the United States", 1888, discute o uso de linhaça como remedio em caso de paralisia, e como um vermifugo.

Em 1896 Heraud recomendou a linhaça no tratamento de certas moléstias da pelle, incluindo particularmente o eczema.

Plandhow, no mesmo ano (1896) novamente chama a atenção sôbre o valor de oleo de linhaça como um ingrediente de loções para a pele, e aplicado internamente como um vermifugo excepcionalmente esplendido para crianças.

Losch (1903), sugere o valor de linhaça em reduzir todas as afecções do fígado e baço. Losch comenta significativamente, si bem que extranhamente:

"As sementes amolecidas curam espinhas no rosto, e em outras partes do corpo, devendo, portanto, ficar nos quartos das damas finas".

Isto é claramente um endosso para o uso cosmético da linhaça.

"Meals Medicinal" de Fernie, Bristol, 1905, é um comentário muito interessante e útil sôbre o uso de linhaça. Depois de discorrer sôbre as suas várias propriedades, e corroborando mais ou menos todos os usos que apareceram anteriormente áquela época, foi citado que, em muitas ocasiões, o comer linhaça causou a morte de muitos cidadãos, sendo a sua aflição caraterizada por inchação no corpo e no rosto. Indubitavelmente, Fernie está se referindo a uma sensibilisação anafilática á linhaça, que se sabe existir, como tambem existe para quasi tudo, em alguns indivíduos; e isto póde, provavelmente, ser uma razão excelente para se preferir a Vitamina F, que póde ser extraída do oleo de linhaça, em vez de se usar o próprio oleo.

Os atuaes concentrados de Vitamina F são completamente isentos de qualquer proteina, a que, sem dúvida alguma, é devida a reacção anafilática do oleo de linhaça. Fernie, indica que o oleo de linhaça substitue a banha de porco para os camponeses e operários italianos nos dias de jejum; e dificilmente poderia ser feita uma substituição mais excelente sob o ponto de vista da nutrição adequada de gordura com respeito á vitamina F. A banha de porco e o oleo de linhaça contêm o mesmo teor em Vitamina F.

Groff em 1909, e Oertel, no mesmo ano, recomendaram a linhaça para a tuberculose. No tratamento de queimaduras, é sugerida uma loção notavel para a pele, consistindo de partes iguaes de oleo de amêndoa, leite e oleo de linhaça.

Extraordinariamente significativas são as palavras de Stuart, 1911, em sua "Chines Materia Medica", onde a linhaça é fornecida ás mães que estão amamentando afim de prevenir resfriados na criança. A linhaça tambem faz o cabelo crescer após o favus, e facilita o crescimento das sobrancelhas, segundo este mesmo autor. As sementes de linhaça, são de grande valor no parto. Os adultos evitam os resfriados ingerindo as sementes de linho cruas e trituradas. Certamente a "Chinese Materia Medica" prognostica o trabalho de Oncúen no assunto da prevenção de resfriados pela capacidade da Vitamina F.

E' interessante comparar os trabalhos experimentais recentes que parecem relacionar a deficiencia de Vitamina F com certas condições, e o empirismo das observações e erros, representando 2.000 anos de uso do oleo de linhaça por médicos sôbre sêres humanos; e na comparação notar particularmente que cada uma das condições recentemente sugeridas como tendo relação com a deficiencia da Vitamina F eram, na realidade, tratadas no sêr humano por aplicação de oleo de linhaça internamente e externamente sob prescrição médica.

Assim, cada uma das sugestões, que têm sido feitas dentro dos últimos dez anos, com referencia ás possibilidades clínicas da Vitamina F, e que têm o apoio dos trabalhos de laboratório, como tambem foi observado no homem em várias clínicas, é apenas a repetição da prática dos médicos em todas as épocas, desde a aurora do Cristianismo.

Não póde haver objeção á premissa de que, tanto quanto o oleo de fígado de bacalháu deve seu prestígio empírico ao seu conteúdo em Vitaminas A e D, o oleo de linhaça deve seu prestígio oficial galênico, ainda maior e ha mais tempo ao seu conteúdo de Vitamina F, até ha pouco desconhecido.

TABELA DE USOS NOVOS E VELHOS DOS ÁCIDOS GORDUROSOS INSATURADOS DO OLEO DE LINHAÇA, CHAMADOS VITAMINA F.

1. Novos usos sugeridos pelas provas experimentais, dentro do decenio passado.	2. Velhos usos registrados do oleo de linhaça, por médicos sôbre sêres humanos, aplicado interna e externamente.
A. Para estimular o crescimento de cabelo.	A. Para estimular o crescimento de cabelo.
B. Para corrigir unhas escabrosas e frágeis.	B. Para corrigir unhas escabrosas e frágeis.
C. Para corrigir ceborréia ou caspa.	C. Para corrigir ceborréia ou caspa.
D. Para corrigir perturbações crônicas da pele, como o eczema.	D. Para corrigir perturbações crônicas da pele, como o eczema.
E. Para servir como agente detoxificante aparentemente específico para os pneumococcus e microorganismos das vias respiratórias.	E. No tratamento de pneumonia.
F. Para o tratamento da rinite-alegica.	F. Para o tratamento da rinite-alegica.
G. Para vencer, favoravelmente, os paroxismos agudos da febre de feno e bronquite asmática.	G. Para corrigir sintomas que concorram exatamente com sintomas atuais de febre de feno e bronquite asmática.
H. Para estimular o instinto sexual.	H. Para estimular o instinto sexual.
I. Para corrigir o mecanismo de parto insuficiente, devido a deficiencia nutritiva.	I. Para estimular o instinto de maternidade.
J. Para evitar o desenvolvimento do nefritis, por deficiencia de Vitamina F.	J. Tratamento especial para nefritis, incluindo a ocasionada por envenenamento mercurial.

(continúa no próximo numero).

Productos do Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda

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. — Blenorrhagia e complicações em ambos os sexos.
Fermento tridigistivo — Perturbações digestivas.
Sôro Lipotonico (Mef) — Tonico do systema nervoso. Ambos os sexos.
Sôro Liposedativo (Mef) — Tonico e calmante do systema nervoso. Ambos os sexos.
Ovariomastina — Dysmenorrhea (comprimidos e amp.)
Glandula Pituaria — 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 — Opotherapia associada nos estados toxi-infecciosos.
Iopepsan — Medicação iodo-iodetada peptonada em extracto poly-opotherapico digestivo glycerinado. 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. Opotherapia hepatica. Indicado nas affecções hepaticas, da vesicula biliar, dyscrasias hemorrhagicas etc.
Biocalcio — Opo-calcio-nucleino-phosphatado (granulado). Descalcificação e desmineralisação de certas toxi-infecções, periodos de crescimento, convalescenças, esgotamento nervoso, affecções osseas.
Ioformil — Iodeto de urotropina benzosodico. Arterio-esclerose, cardio-nephro-esclerose, toxi-infecções, syphilis congenita ou adquirida tardia, rheumatismo, lymphatismo.
Néohemosteno — Anti-anemico intensivo e completo: Ferro — Cobre — Poliopoterapia.

Direcção scientifica:

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

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

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

Francisco de Revorêdo Barros - Rosario, 609

COLITES - DIARRHEIAS NAS CREANÇAS - GASTRO ENTERITIS - ACNÉ - MELHORA A DERMATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PUTRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL
COMPRIMIDOS
COMPRIMIDOS
BIOLATOL
FERMENTO
LACTICO
PREPARADO NO
LABORATORIO CHIMICO BIOLOGICO
PORTO ALEGRE
YGARTUA

Para o seu
CAFÉ COM LEITE
use o
Café 35
do
famoso
Café Nacional